UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉLIOTHÉRAPIE

DES RÉSULTATS OBTENUS

PAR LA

CURE SOLAIRE SUR DES TUBERCULEUX

TRAITÉS A PALAVAS

L'héliothérapie peut se faire en tous pays ; les radiations solaires sont partout assez actives pour permettre des cures utiles. PONCET ET LERICHE.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Avril 1924

PAR

Marcel TOUBERT

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
EXTERNE DES HOPITAUX
DIPLOMÉ D'ÉTUDES D'HYGIÈNE

Né le 1er Mai 1899 à Perpignan

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { ESTOR, professeur, *Président.* / VEDEL, professeur. / GALAVIELLE, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1924

DES RÉSULTATS OBTENUS

PAR LA

CURE SOLAIRE SUR DES TUBERCULEUX

TRAITÉS A PALAVAS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0018

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉLIOTHÉRAPIE

DES RÉSULTATS OBTENUS

PAR LA

CURE SOLAIRE SUR DES TUBERCULEUX

TRAITÉS A PALAVAS

L'héliothérapie peut se faire en tous pays ; les radiations solaires sont partout assez actives pour permettre des cures utiles. PONCET ET LERICHE.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Avril 1924

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Marcel TOUBERT

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
EXTERNE DES HOPITAUX
DIPLOMÉ D'ÉTUDES D'HYGIÈNE

Né le 1er Mai 1899 à Perpignan

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { ESTOR, professeur, *Président.* ; VEDEL, professeur. ; GALAVIELLE, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	N...
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*. ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, *doyen*.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (ch. d. c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET et GRANEL.
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. DELMAS (J.).
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie externe	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale	LAPEYRE.
Accouchements	P. DELMAS, prof.
Histoire naturelle médicale	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Chimie appliquée à la clinique	FLORENCE
Clinique des maladies des vieillards	BOUDET.
Pathologie médicale	CARRIEU.
Hydrologie et climatologie	GIRAUD.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON (L).
Stomatologie	Dr WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. MARGAROT, GIRAUD, BOUDET, CARRIEU.	Chirurgie	MM. RICHE, ETIENNE, LAPEYRE
Anatomie	DELMAS (J.).	Histoire natur.	GALAVIELLE, CABANNES.
Chimie	FLORENCE.	Physique	LAMARQUE.
Histologie	TURCHINI.	Ophtalmologie	VILLARD.
		Physiologie	HEDON (L.).

Examinateurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, *président*. | GALAVIELLE, agrégé.
VEDEL, professeur. |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÈMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON FRÈRE

AU MÉDECIN-INSPECTEUR GÉNÉRAL
TOUBERT, MON ONCLE ET PARRAIN

A MES TANTES ET A MES ONCLES

A TOUS MES PARENTS

M. TOUBERT

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSENR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
GALAVIELLE

M. TOUBERT.

A MES MAITRES D'EXTERNAT DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANBRAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEENHARDT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURET

MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR AUGÉ

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A CEUX QUI ONT BIEN VOULU S'INTÉRESSER
A NOTRE MODESTE TRAVAIL ET NOUS APPORTER LEUR
PRÉCIEUSE COLLABORATION :

MONSIEUR LE DOCTEUR AIMES

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MADEMOISELLE LE DOCTEUR SENTIS

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

M. TOUBERT.

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

LE DOCTEUR HENRI ESTOR

LE DOCTEUR JEAN GALAVIELLE

LE DOCTEUR EUGÈNE TRUC

LE DOCTEUR PIERRE GALAVIELLE

LE DOCTEUR JEAN GONTIER

LE MÉDECIN DE MARINE GEORGES LARRAZET

A TOUS MES AMIS

M. TOUBERT.

DES RÉSULTATS OBTENUS

PAR LA

CURE SOLAIRE SUR DES TUBERCULEUX

TRAITÉS A PALAVAS

INTRODUCTION

L'idée directrice de notre brève étude n'est pas de traiter de l'héliothérapie en tant que doctrine nouvelle; encore moins de lui accorder une valeur curative absolue et quasi mystique.

Thérapeutique remontant à la plus lointaine antiquité — Herodote, Celse, Hippocrate et bien d'autres en mentionnent les résultats — l'héliothérapie est entrée dans le domaine de la science et s'est généralisée depuis une vingtaine d'années environ. Nous ne saurions y ajouter du point de vue de ses indications ou de sa technique quoi que ce soit qui n'ait été dit et parfaitement défini par des auteurs expérimentés.

Il n'est pas de médecin, de nos jours, qui ne connaisse la valeur curative de l'ensoleillement. Aussi bien, dire que ce procédé est d'une grande efficacité dans le traitement des tuberculoses externes et internes c'est exprimer un aphorisme aussi indiscutable, à notre sens, que de conseiller l'appendicectomie dans les cas d'abcès de cet organe.

Où fait-on de l'héliothérapie? A l'altitude, au bord de la mer ou dans la plaine. Trop souvent le médecin héliothérapeute se montre partisan exclusif de l'une ou l'autre situation. Il nous a semblé, à lire diverses statistiques (que nous relatons dans nos conclusions), que l'on observe en tous lieux d'excellents résultats.

Certes, chaque situation présente des avantages particuliers qu'il est bon de connaître. C'est ainsi qu'au bord de la mer la pression atmosphérique et la tension de la vapeur d'eau ont une valeur plus grande qu'en montagne. De même, on sait que les vents poussent du large de fines gouttelettes chargées de sels — chlorure de sodium, brome, iode, — dont l'action thérapeutique est reconnue.

En revanche, nous lisons dans le livre du docteur Rollier, sur la « Cure solaire », que les radiations les plus efficaces — celles comprises entre $\lambda = 310$ et $\lambda = 250\ \mu$ — sont deux à trois fois plus abondantes à l'altitude qu'à la plaine. Il mentionne aussi la puissance considérable de réflexion des grands espaces couverts de neige.

Raisonnablement, nous pensons donc que l'héliothérapie doit donner d'excellents résultats dans l'un et l'autre cas. Doit-on livrer au hasard le soin d'adresser un malade à la haute montagne plutôt qu'à la mer? Non certes et sans entrer dans le problème des indications que nous voulons éviter, nous pensons que le médecin doit déterminer soigneusement chaque cas et aiguiller son malade vers la sta-

tion choisie. Il y a des malades justiciables de l'héliothérapie au bord de la mer et d'autres à l'altitude, cela est indiscutable.

Mais il n'en demeure pas moins vrai que le plus souvent il faut penser à prescrire l'héliothérapie là où l'on est — pourvu évidemment que l'on soit dans une région ensoleillée; — on retirera toujours de sérieux avantages de ce traitement si simple et dont l'installation est si peu coûteuse.

L'héliothéraphie comprend un chapitre physique et un chapitre technique très importants. Nous ne leur ferons aucune place ici, car ce serait encore tomber dans des redites, ces questions étant très nettes aujourd'hui. Nous renvoyons donc sur ce point aux ouvrages classiques indiqués dans notre index bibliographique.

Nous tenons pourtant à donner et très rapidement quelques détails qui permettront de mieux suivre nos résultats. Nous voulons parler d'abord des conclusions obenues après avoir recherché ce qui guérit dans le soleil en dissociant les actions de la lumière, des radiations spectrales et non visibles, etc...

Nous notons que les observations météorologiques sont loin d'avoir une valeur absolue et c'est à retenir. Même si l'on utilise des appareils spéciaux et complexes tels le pyrhéliomètre d'Angstrôm, l'autographe solaire de Campbell, les renseignements fournis sont peu décisifs. On ne peut dresser un tableau portant en notations comparables entre elles des éléments définis quant à la valeur thérapeutique du soleil. Un nuage vient obscurcir le soleil, une chute de neige se produit, le thermomètre est trop incliné: autant de causes de variations...

A Palavas, où sont traités les malades dont nous allons faire le sujet de notre étude, le Docteur Aimes a mesuré assez exactement la valeur actinométrique solaire par le

pose-mètre de Wynne, appareil d'un maniement facile, qui lui a permis d'apprécier la grande valeur curative du soleil sur le littoral méditerranéen..

Le Docteur d'Oelsnitz de Nice préfère utiliser l'héliothermomètre de Vallot à boule creuse noircie dont on connaît le résultat par simple lecture d'une échelle graduée.

Ces quelques détails peuvent sembler hors de sujet. Il n'en est rien, car on arrive par ces observations à des données parfois inattendues, telles que l'activité actinique considérable d'un ciel gris, ou celle bien moindre d'un ciel ensoleillé balayé par un vent violent. Ainsi, on ne peut enlever au soleil son mérite dans des cures où il semblait à première vue étranger et on s'explique aisément des phrases en apparence paradoxales comme celle du docteur Doche d'Arcachon: « L'ensoleillement n'est pas au bord de la mer indispensable à l'héliothérapie ».

Nous venons de dire — peut-être avec trop d'insistance — ce que ne sera pas notre thèse. Définissons maintenant ce que nous voulons qu'elle soit.

Puisque la cure solaire donne des résultats nets dans des formes très variées de lésions tuberculeuses, il nous a semblé qu'une publication portant sur un nombre assez considérable de cas suivis par les mêmes praticiens depuis plus de quatre ans, rendrait service à la cause de l'héliothérapie.

Une étude purement statistique aurait certainement semblé fastidieuse. Aussi exposerons-nous les faits dans l'ordre suivant:

La première partie du sujet sera consacrée à une étude clinique. On y trouvera trois paragraphes: Dans le premier nous examinerons les tuberculoses, dites chirurgicales justiciables de l'héliothérapie, énumérées d'après leur ordre de fréquence pour cent. Nous y joindrons une obser-

vation type de chaque variété. — Dans le second, nous décrirons les tuberculoses dites médicales (en exceptant la forme pleuropulmonaire), comme cela aura été fait pour les cas chirurgicaux. Enfin dans le paragraphe 3 nous formulerons les conclusions.

La seconde partie sera statistique et présentera trois paragraphes: a) le total des observations dépouillées — b) leur classement avec le total par catégories — c) leur exposé (limité aux cas les plus suggestifs et en style très bref). Viendront ensuite en manière de conclusions générales, les enseignements à tirer de cette étude.

Nous devons à l'obligeance de Monsieur le Professeur Estor, notre maître, du Docteur Aimes et de Mlle le Docteur Sentis, les observations très claires et très complètes que nous avons dépouillées, observations mises très aimablement à notre disposition par Sœur Colange, directrice de l'établissement marin de Palavas.

Qu'ils veuillent bien trouver tous ici l'expression de nos hommages et de nos remerciements sincères pour leurs conseils, leur aide et leur bienveillance à notre égard.

***

C'est à l'Institut marin Saint-Pierre à Palavas (10 kilomètres de Montpellier) que sont traités les malades dont il est question ici.

Un de nos collègues le Docteur R. de Sartiges a consacré à l'étude de l'Institut une thèse fort intéressante (Montpellier 1919). Cette date et cette thèse marquent les débuts de l'œuvre. Notre étude en montre aujourd'hui quelques résultats. Ils sont à l'honneur de ceux qui dirigent avec cœur et compétence cette œuvre utile.

Les détails de son organisation, la climatologie de la

petite station méditerranéenne, où le nombre des journées ensoleillées dans l'année est réellement considérable, de même que la surveillance des malades sont décrits dans la thèse précitée. Nous n'y reviendrons pas.

Mais nous ne pouvons manquer de signaler la récente décision de l'Académie de Médecine qui, sur rapport du professeur Pouchet, a décidé dans sa séance du 25 février 1924 d'accorder à Palavas le titre de station climatique.

Nous devons également mentionner — trop vite à notre gré — le développement remarquable de cette œuvre créée et toujours dirigée par des initiatives privées sous la haute direction de M. le Professeur Estor.

Parti en 1918 de baraques en planches abritant une vingtaine de malades externes, rentrant le soir coucher à Montpellier, l'Institut marin est aujourd'hui un bâtiment contenant 90 lits parfaitement installés. Il reçoit en outre pendant cinq mois d'été des ambulants venus de la ville.

Le but de l'œuvre est loin d'être atteint. A dix kilomètres de Montpellier, c'est-à-dire bénéficiant de l'organisation de la Faculté de Médecine, de ses hospices, de ses laboratoires et de ses spécialistes un hôpital marin de plus grande importance — dont les plans sont déjà prêts — s'impose.

Il permettra de conserver un grand nombre d'enfants voués à la mort ou à des infirmités définitives. Prise à temps la tuberculose est en effet curable, pour les osseux, sans sequelle ni ankylose. Au moment où le problème de la natalité se pose plus inquiétant que jamais, nul ne peut se désintéresser du sort des enfants vivants. Souhaitons que les pouvoirs publics prêtent leur aide efficace à la réalisation de ce projet en procurant les ressources nécessaires.

Dans un discours prononcé il y a quelques années, M.

le Professeur Forgue a fait un lumineux exposé de la question. Cet extrait sera la meilleure conclusion que nous puissions donner à notre introduction : « Combien la lutte contre la tuberculose serait plus salutaire, dit-il, si nous pouvions, au lieu de conserver nos tuberculeux opérés dans les salles d'hôpital, signer leur billet de sortie pour un sanatorium marin. Nous avons à dix kilomètres la mer bleue, ensoleillée et miroitante, la brise vivifiante, la plage sablonneuse à pente douce lavée par les flots... Le remède est aux portes de la ville.. Si, au lieu de s'étaler en nappe infinie, cette eau jaillissait par une source de médiocre débit, nous voudrions tous y courir ».

PREMIÈRE PARTIE

ETUDE CLINIQUE

L'héliothérapie est faite à Palavas selon les données classiques. On sait l'importance attribuée par ses apôtres au personnel infirmier et aux détails de l'organisation. Ici tout a été réglé par M. le Docteur Aimes dont les premiers travaux sur la cure solaire remontent à 1913, le même qui écrivait: « Le médecin doit non seulement prescrire mais encore surveiller complètement au moins les premiers bains de soleil ».

Nous ne faisons qu'esquisser en soulignant leur importance, les principes généraux de l'héliothérapie. A ce sujet tous les auteurs nous semblent d'accord. Rollier, Doche, Rivet, d'Oelsnitz, Aimes, Jaubert, Armand-Delille estiment que l'ensoleillement doit être *direct, total, progressif* et *continu*. Nous ne reviendrons plus sur ces principes sans lesquels il ne saurait y avoir à proprement parler de cure solaire.

Il n'a jamais été rapporté à l'Institut le moindre accident dû à ce traitement, si ce n'est de très rares érythèmes, toujours légers. Pourtant les malades sont envoyés de régions différentes; et de nombreux parisiens voisinent

sur la plage avec des enfants de toutes les parties du Midi. L'action bienfaisante du soleil a été observée constante. Les malades stationnaires ou qui n'ont pu supporter le traitement doivent cette impossibilité d'accoutumance au climat marin. Ainsi que nous le disions dans notre introduction, il importe de bien aiguiller le malade sur le climat adéquat à ses réactions personnelles.

Nous ne croyons pas davantage devoir insister sur les détails de technique absolument classiques: tel le fait d'exposer les malades sur des cadres ou des lits durs à l'abri des courants d'air. Telle aussi la protection de la tête par un chapeau, une ombrelle ou mieux encore par l'écran vert de d'Oelsnitz placé à la tête du lit et soutenu par un support mobile. Tels encore les avantages des appareils plâtrés bivalves qui peuvent être ouverts pendant les insolations et aussi la protection des plaies par un simple grillage. (Rollier.)

Au cours de notre exposé, nous ne mentionnons des détails supplémentaires de cet ordre que s'ils nous paraissent utiles à la netteté des faits.

Disons enfin qu'à Palavas l'Héliothérapie est dans la plupart des cas associée pendant l'été à la balnéation marine.

I. — Les tuberculoses dites chirurgicales justiciables de l'héliothérapie

Il est assez arbitraire de délimiter dans les affections tuberculeuses traitées par le soleil celles qui sont chirurgicales (encore nommées externes) et les lésions médicales ou internes. Cette terminologie, d'un usage absolument classique, n'est point la seule employée: certains auteurs

adoptent une classification différente et décrivent des tuberculoses ouvertes et des tuberculoses fermées. Nous abandonnerons délibérément ces dernières expressions, qui nous semblent propres seulement à jeter le trouble dans l'esprit.

On décrit en général sous le nom de tuberculoses chirurgicales celles qu'il est de tradition d'adresser presque d'emblée au chirurgien. Cela même étant admis, la controverse reste possible et la distinction n'est pas indiscutable.

En effet, si nous envisageons le cas des adénites, nous verrons que, tandis que certaines formes à développement lent iront toujours à la consultation médicale, d'autres cas comportant de gros abcès suppurants seront adressés directement au chirurgien.

De même, on laparotomise avec succès et depuis longtemps les tuberculoses du péritoine, forme dite pourtant médicale.

On voit que cette inconstance dans la forme rend la distinction délicate et réellement arbitraire.

Pour notre cas, les choses ont été plus simples et notre classification était faite à l'avance : les formes chirurgicales sont traitées à l'Institut par le docteur Aimes, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, les cas médicaux par Mlle le docteur Sentis, chef de clinique médicale à la Faculté. Si nous avons établi cette justification, c'est avec le désir d'être plus exacts, mais il va sans dire que le fait de placer une série de lésions dans un groupe plutôt que dans l'autre n'enlève rien aux résultats obtenus.

Et c'est sur ce point que nous voulons attirer l'attention.

Dans les formes dites chirurgicales, que nous allons examiner, l'infection tuberculeuse peut se porter soit

dans les os, soit dans les articulations, soit encore sur la peau et les parties molles. Abandonnées à elles-mêmes, les tuberculoses externes, si l'os est atteint, évoluent vers des caries d'étendue plus ou moins grande, accompagnées d'abcès et de fistules. Si un article est lésé, elles déterminent des épanchements douloureux, des attitudes vicieuses, des luxations; enfin, si le bacille de Koch s'attaque particulièrement à la peau ou aux parties sous-jacentes, il produit des gommes et des ulcérations plus ou moins profondes et étendues.

Ces formes sont essentiellement curables. Cela est démontré. Toutefois, quelques bienfaits que nous puissions attendre de l'héliothérapie et des traitements associés, la guérison ne s'obtiendra bien souvent que dans l'état lésionnel ou l'on a commencé d'instituer le traitement. D'où l'importance évidente du diagnostic précoce et exact et de l'établissement d'une thérapeutique adéquate.

La tuberculose chirurgicale est une infection générale. « Qu'il s'agisse d'une simple gomme cutanée ou de localisations multiples, jamais le médecin ne doit s'arrêter à une thérapeutique purement locale. Ce serait une lourde faute. De toutes les maladies infectieuses, la tuberculose est celle où l'état du terrain a le rôle prépondérant » (Rollier). Quelle indication, dès lors, prévaudra celle de reconstituer un terrain déficient? Il est de règle, à Palavas, d'associer à la cure solaire un traitement local utile. Si un abcès froid collecté n'évolue pas vers la résorption, on le ponctionne. Nous voulons seulement dire qu'on veille à agir toujours dans le sens de la défense naturelle de l'organisme.

Aussi, reconnaissons-nous que le soleil ne constituera pas le seul agent curateur. Et il nous semblerait excessif de lui attribuer le seul mérite de la guérison, puisque l'on

y adjoint l'immobilisation, le traitement chirurgical, la cure d'air pur et une hygiène aussi parfaite que possible. Il n'en résulte pas moins que l'héliothérapie est un adjuvant précieux du traitement conservateur et mérite, à ce titre, une place de tout premier ordre à laquelle les résultats obtenus lui donnent droit.

Il n'est pas superflu de se demander quels sont les modes d'action de l'héliothérapie dans les ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses, puisqu'il est sans conteste que le soleil a sur leur évolution une influence favorable. Nous le ferons en nous ralliant à l'opinion très autorisée du docteur d'Oelsnitz, qui a parfaitement analysé et décrit les cinq actions suivantes :

a) *Action microbicide.* — En dépit d'expériences positives montrant sa réalité pour le bacille de Koch *in vitro,* cette propriété est discutée, de même que l'action stérilisante des rayons ultra-violets sur l'infection secondaire. Cette action n'est réelle que pour les plaies superficielles, sans doute à cause du faible pouvoir de pénétration des rayons ultra-violets. En somme, il paraît acquis que l'action microbicide de la lumière solaire ne modifie guère bactériologiquement un foyer ostéo-articulaire.

b) *Action congestive.* — On connaît les manifestations observées au cours du traitement solaire : gonflement avec hyperthermie et hypersudation pouvant aboutir, si l'exposition est prolongée, au classique coup de soleil. Tous ces phénomènes sont dus à une congestion intense des tissus et à un coup de fouet donné à l'arbre circulatoire.

c) *Action résolutive et sclérogène.* — Cette action tient aux modifications vasculaires qui viennent d'être men-

tionnées. Celles-ci permettent d'expliquer l'action de résolution sur les fongosités périarticulaires, la rétraction des trajets fistuleux et l'assèchement des régions infiltrées.

d) *Action réflexe.* — On est ici réduit à des constatations qui n'éclairent pas le mécanisme intime de la pigmentation, d'habitude plus intense au niveau du foyer malade et qui doit tenir à des modifications circulatoires précoces par voie réflexe. Mais on sait que, pour obtenir un effet maximal, il faut insoler tout le corps.

e) *Action générale.* — Les rayons solaires agissent sur la peau. Celle-ci représente un organe nerveux, vasculaire, respiratoire et éliminateur. Par suite de l'action du soleil sur cet appareil à fonctions multiples, il y a un choc périphérique capable d'être transmis au système nerveux central et de provoquer des réactions organiques variables. Cette action est la plus importante et englobe en réalité toutes celles qui précèdent.

Nous ne pouvons insister davantage sur ces points, d'un ordre plutôt doctrinal. Notons pourtant la conclusion du docteur d'Oelsnitz. « Il est probable, en définitive, dit-il, que c'est surtout par son influence remarquable sur l'état général des organismes insolés que la lumière solaire agit favorablement sur les lésions ostéo-articulaires tuberculeuses dont ils sont atteints. S'il n'en était pas ainsi, y aurait-il de si grandes différences entre l'héliothérapie totale et l'héliothérapie locale au détriment de cette dernière? »

Si l'on groupe les cas chirurgicaux par ordre de fréquence, d'après notre statistique, on est frappé de la prédominance de la coxalgie (53 cas). Puis viennent le mal

de Pott (39 cas), la tuberculose du genou (32 cas), les ostéites des os plats et ostéites diaphysaires (22 cas), la tuberculose de la peau et des parties molles (15 cas), la tuberculose du pied (14 cas), la tuberculose à foyers multiples (11 cas), la tuberculose des articulations du membre supérieur (9 cas), la sacro-coxalgie (4 cas).

Nous allons décrire dans chacun de ces groupes le type clinique (ou les types cliniques) le plus souvent observés, en nous efforçant de mettre en relief les traits les plus caractéristiques des lésions, du traitement et des résultats.

1. Coxalgie. — Le type le plus fréquent de coxalgie observé à Palavas répond à celui que les classiques décrivent sous le nom de coxalgie à la deuxième période, c'est-à-dire période d'état avec ou sans attitudes vicieuses. Dans la moyenne, les sujets frappés sont des enfants de 8 à 15 ans, malades depuis un à deux ans. Ils ont été traités en général, et le plus souvent dans de bonnes conditions, par l'immobilisation plâtrée. Selon le cas, ce traitement est ou n'est pas continué et on y adjoint, en cas d'attitude vicieuse, l'extension continue.

Nous retenons deux observations types, l'une d'une coxalgie sans fistule et traitée tôt, l'autre d'un malade avec abcès fistulisé et arrivé à l'Institut un an après le début de la maladie.

A. — *L. Louis,* 15 *ans. Observation* 6 (1)

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien d'intéressant. Ce malade a commencé à ressentir des douleurs dans la hanche droite, d'abord provoquées par la marche, il y a plus d'un an. Puis, ces douleurs ont persisté spontanément et l'enfant a boité. Un abcès est

(1) Les numéros de ces observations correspondent à ceux des livres de l'Institut de Palavas.

apparu peu après à la face externe de la cuisse. On a alors consulté un médecin qui a prescrit le repos; l'enfant n'a plus marché depuis, mais l'abcès s'est fistulisé. La radiographie de l'articulation coxo-fémorale a montré des lésions de décalcification avancée, sur l'acetabulum. Arrivé à ce moment à l'Institut marin de Palavas, l'enfant a été plâtré, puis soumis progressivement à la cure solaire. Son plâtre a été refait pour une nouvelle durée de trois mois. Les douleurs ont vite cédé. On s'est contenté ensuite de l'immobilisation sans appareil, permettant une insolation plus directe de la région malade. Après dix mois passés à l'Institut, L. Louis était guéri complètement, sa fistule tarie et cicatrisée. Les mouvements de sa cuisse ont été conservés et on n'y notait à sa sortie ni raideur ni ankylose. Il marchait et nageait très bien. On a de ses nouvelles deux ans plus tard: elles sont excellentes et son état général s'est maintenu.

Passons maintenant à un cas plus léger.

B. — *C. Alphonse,* 14 *ans. Observation* 82

Arrivé à l'Institut avec une coxalgie à la deuxième période sans abcès. Le début remonte à quelques mois. Le membre inférieur est en abduction flexion et rotation externe. La tête fémorale est très douloureuse à la pression. L'état général satisfaisant.

L'ensoleillement est aussitôt institué selon les méthodes habituelles. On s'attache ensuite à corriger l'attitude vicieuse par l'extension continue et l'enfant est plâtré en bonne attitude dans un appareil prenant le bassin et le membre inférieur. Les douleurs spontanées dont il se plaignait au niveau de sa hanche malade rétrocèdent. L'état général devient florissant, la peau est très pigmentée. Les plâtres sont renouvelés pendant un an et demi. A sa sortie de l'Institut hélio-marin C. est guéri.

Ses deux membres inférieurs ont même longueur. Il a récupéré tous ses mouvements et ne boîte pas. Son état général est très bon.

Ces deux exemples montrent les heureux effets de la cure solaire dans la coxalgie. Ils n'ont pas été choisis parmi les exceptions. On verra dans la partie statistique de cet ouvrage nombre de cures identiques. La douleur comme les contractures musculaires résistent peu de temps à l'effet analgésiant du bain de soleil.

S'il existe des abcès, leur résolution est obtenue plus ou moins rapidement selon la réaction de l'organisme traité. La résorption peut évoluer plus vite si on ponctionne aseptiquement l'abcès. Toutefois nous remarquons que l'on évite le plus possible de ponctionner les abcès froids à Palavas, car le plus souvent l'action résolutive du soleil effectue seule le travail de réparation.

Quant au retour de la fonction articulaire, il est obtenu dans la majorité des cas. Et il faut, si l'ankylose ne peut être évitée, rendre responsables ceux qui ont commencé les soins efficaces trop tard au moment où des lésions définitives étaient déjà installées.

Même dans ces cas, on peut cependant espérer encore le retour de la fonction articulaire. Nous lisons dans Leriche et Poncet: « Même quand il s'est agi de forme grave, ainsi par exemple dans des coxalgies aboutissant à une fonte presque complète de la tête fémorale, l'adaptation de la capsule des muscles et des ligaments qui ont conservé une vitalité parfaite est telle qu'au bout de trois ans la marche se fait bien, sans appareil: nous possédons des observations on ne peut plus démonstratives de ce type ».

L'observation 79 et l'observation 188, que l'on trouvera à la partie statistique de notre ouvrage, appuient également cette opinion.

2. — Mal de pott. — Nous avons déjà signalé que cette affection vient au second rang par sa fréquence à l'Institut marin de Palavas. Dans nombre de statistiques elle vient au premier rang. (Rollier à Leyzin).

Quoi qu'il en soit, c'est une forme très répandue de la tuberculose chirurgicale et les désordres qu'elle amène sont assez graves pour que sa cure ait une importance de premier ordre.

Les malades dont nous avons lu les observations entrent avec une tuberculose vertébrale à la période d'état s'accompagnant le plus souvent d'une gibbosité. Il n'est pas rare de trouver en plus des collections purulentes suivant la gaine du muscle psoas et venant tuméfier la partie antéro externe de la cuisse.

Voici deux observations types tant pour l'état des lésions que pour les résultats.

A. — *J. Jacques,* 15 *ans. Observation* 61

Rien n'a retenu l'attention du point de vue de ses antécédents héréditaires ou personnels. Il entre malade depuis un an environ avec le diagnostic de coxalgie droite et de mal de Pott lombaire. Nous n'insisterons pas sur les signes de sa coxalgie, qui guérira avec raccourcissement et sans ankylose. La radiographie montre au niveau de ses vertèbres lombaires un flou caractéristique. Toutefois, la coxalgie ayant préexisté, l'enfant n'a plus marché depuis et on s'explique ainsi l'absence de gibbosité tandis qu'un volumineux abcès froid est perceptible dans la fosse iliaque droite. Ses vertèbres lombaires 1, 2, 3, et 4 sont douloureuses à la moindre pression.

L'héliothérapie est instituée progressivement et l'on note au début un érythème solaire assez intense sur la

face et les jambes. La ponction de son abcès est l'objet d'une discussion. On conclut par la négative. Le malade est alors mis dans un corset plâtré et l'héliothérapie est poursuivie.

Les résultats obtenus sont très intéressants. L'abcès se résorbe complètement et spontanément. La tuberculose des corps vertébraux guérit sans gibbosité appréciable. Les douleurs ont cédé très rapidement. L'état général du sujet est magnifique. Le raccourcissement de son membre inférieur droit est corrigé par une chaussure orthopédique. Ce vigoureux enfant apprend le métier de jardinier.

Dans la seconde de nos observations, les désordres étaient plus graves et le pronostic porté à l'entrée était sombre.

B. — *P. Marguerite,* 13 *ans. Observation* 343

C'est une belle enfant orpheline qui couchait dans le même lit que sa grand-mère tuberculeuse chronique et contagieuse.

En novembre 1921, elle a commencé à souffrir de douleurs intercostales devenant de plus en plus violentes. Puis elle a remarqué une grande gêne de la flexion du rachis qui a rapidement évolué vers une vraie contracture des masses musculaires juxta-vertébrales. Enfin en janvier 1922 — (elle est allongée depuis le début de son affection) — s'installe une paraplégie spasmodique progressive.

A son entrée à l'Institut, en mars 1922, on porte le diagnostic de mal de Pott dorsal avec abcès froid et compression médullaire entraînant une paraplégie spasmodique. On note des douleurs à la pression des apophyses épineuses des dernières vertèbres dorsales. Une

anesthésie remontant à la 6e et 7e racines dorsales, de l'incontinence des sphincters vésical et anal, de la réaction de défense à la jambe gauche; une ponction lombaire pratiquée donne les résultats suivants:

Par millimètre cube 0,80 élément;

Albumine 1,50;

Bordet-Wassermann négatif.

Une cutiréaction est positive à la tuberculine.

L'enfant est allongée en décubitus dorsal sur un cadre dur; elle est tournée sur le ventre d'abord une demi-heure par jour, puis en augmentant, ainsi que le conseille Rollier, tant pour éviter la production d'escarres sacrées que pour réaliser une contre-extension de la colonne vertébrale. Elle est exposée au soleil régulièrement. On note au cours du traitement une poussée de pharyngite aigüe grippale entraînant une montée thermique à 39 5. L'observation signale encore deux poussées de paraplégie motrice.

Les résultats définitifs sont tout à fait remarquables. La sensibilité et le contrôle sphinctérien réapparaissent après quelques mois. Après un an et demi la motilité est revenue dans tous ses segments. L'enfant est réglée, son état général est florissant. Elle ne souffre plus des lombes. L'abcès ossifluent a disparu progressivement. On peut sans aucune exagération déclarer avoir obtenu une guérison complète et totale.

Il y a peu à ajouter à ces faits. Car il ne s'agit pas là, on le voit bien, de tuberculoses vertébrales traitées précocement. Des malades sont entrés avec des lésions avancées et souvent même avec un état général tout à fait déficient.

Soumis à une excellente hygiène, à l'immobilisation absolue, soit dans un corset plâtré, soit sur un cadre de

Berck dur et avec une période progressivement croissante de décubitus ventral, ils se sont rapidement améliorés. Par la cure solaire, la contracture musculaire, les douleurs, les paralysies, les abcès ont rétrocédé, tandis que l'action tuberculeuse arrêtée évolutivement était guérie à son tour.

3. — Tuberculose du genou. — La tuberculose des genoux suit de très près le mal de Pott dans notre statistique. Les résultats dus à l'héliothérapie ne sont pas moins probants sur cette localisation. L'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou se présente soit sous la forme d'ostéo-synovite fongueuse, soit dans les cas bénins, sous la forme de simple hydarthrose tuberculeuse. Ici un problème orthopédique très important est posé: dans les formes avancées — et c'est surtout celles-là qui sont traitées ici — il faut éviter à tout prix la luxation du tibia en arrière l' « Abhelungs luxation » des Allemands. Or cette complication est la suite logique de l'attitude vicieuse en flexion, prise par la jambe malade. Aussi, pour éviter ce grave désordre fait-on la traction continue sur tout membre en attitude vicieuse dès les premiers jours du traitement, conjointement à la cure solaire.

Les déformations classiques plus rares soit en genu valgum, soit en baïonnette (déformation de Sonnebourg) se rencontrent peu dans les observations que nous avons dépouillées.

Même, dans les cas de lésions avancées du squelette, l'héliothérapie produit des cures rapides et on remarque très fréquemment le retour de la fonction articulaire.

Ce sont les formes osseuses ou ostéo-articulaires qui guérissent le mieux. Dans les formes synoviales pures la lésion est enkystée pour ainsi dire. Il est intéressant de

noter que, de même que les classiques (Forgue) signalent cette faculté très caractéristique qu'a le genou de circonscrire vite le processus tuberculeux, de même tous ceux qui ont traité ces formes par le soleil ont constaté la lenteur plus grande avec laquelle réagissait la synoviale. Il y a là sans doute des causes semblables et tenant peut-être à l'irrigation vasculaire de la région et aux adhérences séreuses.

Signalons encore que la tuberculose du genou est traitée à l'Institut par l'immobilisation. Ou bien la jambe est placée dans un appareil plâtré, bivalve si possible, ou bien elle est soumise à l'extension continue sans gaîne rigide (selon Rollier).

A côté de la tumeur blanche absolument classique, nous avons relevé des cas d'hydrops tuberculosus ou d'ankyloses sur lesquels la cure solaire a produit aussi d'excellents résultats.

Nous donnerons une observation de ces deux formes classiques.

A. — *S. Césarine,* 19 *ans. Observation* 132

Antécédents héréditaires nuls — une congestion pulmonaire à dix ans. La jeune fille rapporte le début de son affection à une chute sur le genou gauche survenue il y a un an et demi.

A son entrée elle présente une tumeur blanche du genou gauche. L'article est globuleux, très douloureux, la palpation permet de sentir des fongosités. Le tibia est subluxé légèrement en arrière, les muscles du membre inférieur gauche sont très atrophiés et on peut de plus noter un léger degré de genu valgum. L'état général de la malade est mauvais. L'héliothérapie est aussitôt instituée et son action amène une sédation marquée des

douleurs. En même temps la contracture musculaire cesse et l'on peut soumettre la jambe gauche à l'extension continue. L'attitude vicieuse est ainsi corrigée tandis que l'état général de la jeune fille s'améliore. Les douleurs disparues, on fait suivre le traitement de l'immobilisation plâtrée. Les résultats sont bons. La malade est guérie sans attitude vicieuse, avec seulement une limitation légère des mouvements de l'articulation du genou qui s'atténuera certainement par la suite.

B. — *V. Claire,* 12 *ans. Observation* 168

Antécédents héréditaires : mère malade, — un frère mort jeune — une sœur tousse. Les antécédents personnels révèlent une coxalgie gauche remontant à six ans et mal soignée, non encore guérie. Traitée par l'immobilisation — plus ou moins surveillée — dans la gouttière de Bonnet — elle entre avec des douleurs très violentes dans la hanche gauche et les deux genoux. Pas d'atrophie musculaire. Ankylose totale des deux genoux.

Traitement par l'héliothérapie et les bains de mer puis par l'immobilisation ; on obtient une guérison complète avec un état général florissant. La petite malade sort de l'Institut marchant très bien, avec rétablissement de la fonction articulaire de ses deux genoux. Il nous semble nécessaire d'insister tout particulièrement sur cette guérison d'un malade entré complètement infirme.

4. — Ostéites des os plats et ostéites diaphysaires. — La majorité des cas est faite dans cette série par des lésions spino-ventosiques. Nous avons aussi noté des ostéites des côtes, du tibia, de la crête iliaque. La moyenne de guérison est toujours constante.

A. — Voici d'abord l'histoire de *D. Germaine, fillette de 15 ans.* (*Observation* 312.)

Elle entre avec le diagnostic des spina ventosa du médius gauche fistulisé au niveau de la phalangine. De plus elle présente une synovite fongueuse de la gaine des fléchisseurs du même doigt avec fistule ulcéreuse dans la paume de la main. Nous sommes au 17 octobre 1921. L'état général est bon. Le médius gauche est boursouflé, fistulé et ankylosé: on envisage son amputation pensant qu'il ne peut guérir que rigide et gênant. Mais on décide de temporiser encore en raison du bon état général de l'enfant. L'héliothérapie est entreprise ainsi que la balnéation marine. Au 9 janvier 1922, on note une amélioration considérable. Il reste seulement une petite fistule dans la paume de la main. Le 3 juillet 1922 Germaine D., est guérie, cicatrisée, avec son médius parfaitement mobile.

Ce résultat est intéressant et démonstratif. Il n'est ni seul, ni exceptionnel. Nous avons déjà dit choisir des cas typiques. Il faut ajouter cependant que le spina ventosa se présente rarement comme lésion unique. Il accompagne, ou précède, ou suit d'autres manifestations tuberculeuses, d'où dépendra par conséquence le pronostic.

Mais les résultats acquis sur les spina-ventosa eux-mêmes par l'héliothérapie, associée souvent à l'ignipuncture profonde, sont excellents et on s'en rendra compte à la lecture de la partie statistique de notre ouvrage.

Nous avons remarqué que — comme le signalent Rollier et d'Oelsnitz — l'héliothérapie facilite l'élimination des séquestres et on observe après celle-ci une reconstitution complète et rapide des os des doigts.

5. — Tuberculose de la peau et des parties molles. — Nous avons dépouillé quinze observations portant sur cette localisation et nous avons pu noter onze guérisons complètes, trois améliorations; un malade resté en cours de traitement.

Cela revient à dire que c'est là une des formes sur laquelle le soleil a l'action la plus nette. Le lupus et surtout les gommes tuberculeuses, dit d'Oelsnitz, s'améliorent nettement et rapidement par le traitement solaire.

Finsen a prétendu — et après lui Rollier a insisté sur le fait — que l'idéal pour le traitement de ces lésions est la cure solaire à l'altitude. Il nous semble, au vu de nos résultats, que c'est surtout l'insolation qui donne de bons résultats, les cures obtenues à Palavas au bord de la mer ayant un caractère nettement probant.

Voyons d'abord la guérison des gommes bacillaires.

L. Lucienne, six ans (*Observation* 111), dont l'hérédité bacillaire est très nette présente a son entrée:

1° Une gomme ulcérée de la face postérieure du mollet droit étendue en profondeur sur la masse musculaire. Le pied droit est en fort équinisme. 2° Une gomme cutanée non fistulisée sur la face droite du cou. 3° Une fistule provenant de l'articulation sacro iliaque droite. Son état général est mauvais. Elle est pâle. Ses lésions suppurent beaucoup.

L'héliothérapie est pratiquée. Et pendant ce traitement on a l'occasion d'inciser un abcès nouveau et de curetter le mollet droit. Après deux ans à l'Institut, elle sort en excellent état, complètement guérie. Au lieu de ses lésions on trouve de belles cicatrices souples. L'équinisme de son pied droit s'est spontanément corrigé et sa démarche est normale.

L'observation 515 va nous montrer un lupus guéri rapidement.

C. Yvonne, âgée de douze ans, est atteinte de lupus du bras droit depuis de longues années. On note à son entrée une plaque lupique de 10 × 6 centimètres environ siégeant sur la face postéro externe du bras droit. Cette plaque est ulcérée en plusieurs endroits, tandis que d'autres points semblent en voie de cicatrisation. Après trois mois d'héliothérapie continue, elle sort guérie et complètement cicatrisée.

6. — Tuberculose du pied. — Les lésions le plus fréquemment observées à Palavas répondent à ce que les classiques décrivent sous le nom d'ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. Beaucoup plus rarement les lésions sont tarso-métatarsiennes ou postérotarsiennes.

Les malades entrent avec un cou-de-pied empâté douloureux, ankylosé et bourré de fongosités. Souvent ces manifestations s'accompagnent de fistules, dont les trajets mal soignés sont infectés secondairement.

Enfin le pied atteint se porte spontanément en équinisme, d'où résulte pour l'enfant, en cas de guérison spontanée, une grande infirmité.

L'héliothérapie est pratiquée, le malade allongé sur son lit la jambe sur un plan incliné vers la racine du membre. Pour combattre l'équinisme le pied est mis dans une gouttière ou dans une boîte plâtrée ou de celluloïd.

Voici une observation type des lésions traitées et de leur évolution.

D. Suzanne, âgée de dix-sept ans (*Observation* 191), entre à l'Institut en janvier 1921 avec une arthrite bacillaire tibio-tarsienne droite fistulisée dont le début remonte

à février 1920. Son pied droit amaigri, à peau violette, fine et luisante est en varus équin prononcé. Les orteils sont en griffe. Les méplats du tendon d'Achille au coude-pied sont effacés, l'articulation est lourde et empâtée. Au niveau du 1/4 inféro-externe de la jambe existe une ulcération circulaire. Le cou de pied énorme est en même temps polyfistuleux. La malade est traitée par le soleil et l'immobilisation dans un appareil à attelles corrigeant l'équinisme.

En mai 1922, elle est très améliorée, cicatrisée, à l'exception d'une croûtelle. Les articulations tibio-tarsiennes et sous-astragaliennes sont ankylosées et la malade marche avec quelque gêne et en boitant.

En novembre 1922, elle revient dans le même état. Le traitement est repris. Les fonctions articulaires reviennent peu à peu et, en février 1923, la malade est bien guérie, avec seulement une limitation des mouvements de son articulation tibio-tarsienne. Elle marche facilement et son état général est très bon.

7. — Foyers multiples de tuberculoses. — Bien que cette dénomination ne puisse, à vrai dire, former un type de lésions, nous avons été amené à en faire un paragraphe séparé. Nous ne pouvions, en effet, rattacher chaque lésion à son groupe particulier sans désarticuler en quelques sorte les résultats. Il nous a paru, puisque ce sont eux surtout qui importent, qu'il était intéressant de voir les cures remarquables réalisées sur ces polytuberculeux dont nos observations comportent des types fort instructifs.

Sur les 11 cas observés, 6 ont guéri d'une façon très complète et 3 autres sont en bonne voie.

Les deux observations ci-après sont vraiment édifiantes quant aux résultats à attendre de la cure solaire.

A. — *L. Madeleine, âgée de* 3 *ans* (*observation* 112). C'est une petite Parisienne dont les antécédents sont édifiants : L'aîné de ses frères et sœurs a passé 2 ans à Berck, le second a été malade pendant longtemps. Sa sœur est hospitalisée avec elle à l'Institut Marin. Nous avons donné son observation (n° 111, chapitre des tuberculoses de la peau et des parties molles) ; trois autres sont morts.

Elle entre avec un état général très mauvais, pesant 13 kilos et présentant les lésions suivantes : 1° Tumeur blanche fistulée du coude droit. Volumineux abcès froid de la face antérieure de l'avant-bras droit. Ankylose en extension ; 2° Spina ventosa de l'index gauche ; 3° Tumeur fistulisée du coude gauche. Ankylose à angle droit ; 4° Gomme fistulée sous l'œil droit ; 5° Volumineux abcès froid de la partie latérale droite du frontal ; 6° Ostéite non fistulisée de la branche montante du maxillaire inférieur ; 7° Gomme non ouverte dans la région lombaire droite et le quart supérieur de la cuisse droite ; 8° Gomme en voie de cicatrication sur l'abdomen ; 9° Gomme au tiers inférieur de la face postérieure du mollet gauche ; 10° Spina ventosa non ulcéré des métacarpiens droits II et III ; 11° Péritonite légère, aves ascite peu abondante.

On peut donc, sans être taxé d'exagération, déclarer que l'on a affaire à un véritable déchet d'humanité. Cette enfant, infirme et très déprimée, est soumise à l'héliothérapie.

Voici les résultats : Au bout de trois mois, l'appétit est bon, l'état général s'améliore ; 4e mois : on ponctionne l'abcès de sa jambe droite ; 5e mois : plus d'ascite, la péritonite est guérie. Après dix mois : le coude droit est

guéri en extension (elle le fléchira plus tard) ; le spina de l'index droit est guéri, aves disparition de la deuxième phalange, éliminée spontanément. Le coude gauche est guéri. L'abcès froid du frontal s'est résorbé. Le maxillaire inférieur est guéri. La gomme abdominale aussi, de même que celle du mollet gauche.

En revanche, apparaît un spina ventosa au métacarpe gauche, avec un gros abcès. Après dix-huit mois, toutes les lésions osseuses et cutanées sont guéries, sauf le spino ventosa du métacarpe droit. L'enfant a des poussées de dysenterie.

Après 2 ans, les spina ventosa des 2e et 3e métacarpiens droits sont en voie de cicatrisation. Tout le reste est guéri. L'enfant, autrefois infirme, joue, marche et fléchit ses coudes à angle aigu. Après 2 ans et demi, elle est complètement guérie.

Citons maintenant une observation où nous verrons la guérison se produire plus rapidement encore et aussi complète.

B. — *L... Madeleine, âgée de 9 ans* (*observation* 245), entre à l'Institut avec quatre lésions en pleine évolution: 1° Abcès sous-cutané de la main droite et spina ventosa du 5e métacarpien; 2° Tumeur blanche du genou droit; 3° Ostéo-arthrite du cou-de-pied droit; 4° Ostéo-arthrite du coude gauche.

Après six mois, ces lésions sont améliorées et en bonne voie de guérison. Mais on note un abcès fistulisé venant du cartilage de l'hélix de l'oreille droite. Six mois plus tard, complètement guérie et cicatrisée, elle montre un état général florissant. Dans les huit derniers mois, elle a engraissé de 6 kilos 500.

8. — Tuberculose des articulations du membre supérieur. — Elles sont infiniment moins fréquentes que les localisations sur le membre inférieur. Dans ses importantes statistiques de Leyzin, Rollier le note dans la proportion de 1 à 6.

La tuberculose du coude est, à Palavas, deux fois plus fréquente que celle de l'épaule.

La scapulalgie demande rarement un traitement particulier à joindre à l'héliothérapie. Le poids mort du bras suffit, en effet, le plus souvent à réaliser l'extension. On évite autant que possible l'emploi des appareils plâtrés ou en celluloïd, qui gênent le malade et sont d'une efficacité relative.

Voici une observation de scapulalgie qui, pour être courte, n'en est pas moins caractéristique.

Q... Gabriel, 8 *ans* (*observation* 110). Il entre avec une ostéo-arthrite de l'épaule droite sans abcès. Son bras est complètement ankylosé. L'articulation est douloureuse à la pression, et spontanément. Soumis à l'héliothérapie pendant quatre mois, il sort guéri, ne souffrant plus, ayant récupéré les mouvements de son articulation, avec une certaine limitation toutefois. L'année suivante, l'enfant revient, en excellent état, passer deux mois à l'Institut. Il a récupéré tous ses mouvements articulaires.

L'ostéo-arthrite du coude présente, dans les cas observés à Palavas, un type assez constant.

Elle guérit d'une façon parfaite et avec la plus complète *restitutio ad integrum,* malgré les désordres apparents notés au moment où le traitement est institué.

Dans les formes non fistulisées, on immobilise le membre supérieur dans un appareil plâtré léger. S'il y a des fistules, on emploie un appareil à pont, réalisant l'immobilisation et permettant les pansements.

Cette observation nous semble démonstrative.

R... Marie-Louise, âgée de 15 *ans* (*observation* 254). Rien ne nous frappe dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, elle signale, il y a 3 ans, une bronchite suivie de méningite (?). Elle entre avec une ostéo-arthrite du coude droit, remontant à quinze mois. Elle souffre beaucoup. Elle a son coude ankylosé en flexion forcée. Il est empâté et tuméfié. L'héliothérapie est instituée: les douleurs s'amendent. On y joint des tractions élastiques corrigeant l'attitude vicieuse, puis des appareils plâtrés et amidonnés légers. La guérison est obtenue totale, avec correction de l'attitude vicieuse.

9. — Sacro-coxalgie. — Avec cette localisation, nous arrivons au terme de l'énumération un peu longue, mais nécessaire, des formes chirurgicales de la tuberculoses.

C'est une affection rare, bien que nous en comptions quatre cas. Elle est grave et guérit lentement, surtout lorsqu'il y a fistule et infection mixte. Le pronostic devient alors plus sombre. Or, nos quatre malades de Palavas sont arrivés dans cet état.

Nous donnerons une observation d'un de ces cas fistulisés, où les résultats de l'héliothérapie ont été très satisfaisants, s'ils n'ont pas encore amené la guérison totale.

Il s'agit de *C... Alice, âgée de* 8 *ans* (*observation* 212). Elle entre avec une sacro-coxalgie à gauche, fistulisée et remontant à 4 ans. La radiographie montre une lésion avancée, une articulation sacro-iliaque absolument floue. La fistule donne peu; l'état général est satisfaisant. Immobilisée dans un vaste appareil englobant bassin et membre inférieur gauche, elle est traitée par l'héliothérapie. La fistule est injectée fréquemment à l'éther iodo-

formé. Elle présente une grosse amélioration. La fistule suinte à peine, et elle est encore en cours de traitement.

II. — Tuberculose dites médicales justiciables de l'héliothérapie

Nous ferons entrer dans ce paragraphe les adénites bacillaires banales (66 cas), les adénopathies trachéo-bronchiques (35 cas), les anémies d'origine tuberculeuse (34 cas) et les péritonites bacillaires (9 cas), qui ont été hospitalisées à l'Institut Marin de Palavas, et traitées avec succès par l'ensoleillement.

Il est d'autres maladies, d'origine également tuberculeuses, qui ont pu être soumises avec succès à l'héliothérapie, telles qu'affections rénales, pulmonaires, génitales, oculaires, etc. Mais nous n'en avons recueilli, dans les observations dépouillées, que quelques cas isolés, insuffisants pour étayer des appréciations sérieuses. Aussi ne trouvera-t-on ici que des conclusions relatives aux affections tuberculeuses déjà nommées. Nos considérations portant sur les seuls cas traités, on ne devra pas s'étonner de l'absence de telle ou telle autre forme, justiciable aussi de l'héliothérapie.

Nous avons relevé également un nombre assez important de cas de rachitisme traités à Palavas par le soleil. On sait que la nutrition générale est très influencée par les radiations solaires et que l'héliothérapie est employée avec succès contre les déformations rachitiques. Armand-Delille a même écrit récemment, en conclusion à un important exposé de la question: « L'héliothérapie est un des agents prophylactiques et le seul agent curatif du rachitisme. »

Mais ces résultats, pour si intéressants qu'ils fussent, n'en étaient pas moins hors de notre sujet. Aussi, n'en avons nous pas fait état.

1. — Adénites tuberculeuses banales. — La guérison de ces manifestations est, pour Poncet « un des triomphes de la cure hélio-marine ». Le traitement conservateur a une importance plus considérable qu'on ne le penserait à première vue. En effet, l'ablation chirurgicale des ganglions, en outre des dangers et des délabrements esthétiques produits, prive l'organisme d'autant de réservoirs lymphatiques nécessaires pour éviter la stase, et risque d'amener l'œdème chronique. Nous en avons observé un cas (observation 422) sur un malade entré à l'Institut après ablation de ses ganglions axillaires. Il semblerait que le fait de voir des adénites — surtout les localisations cervicales — sans cesse exposées, de par leur situations anatomique, à l'air et au soleil, indiquât leur résistance à ce traitement. On remarque, au contraire, que, si l'on soumet un malade porteur d'adénites à l'héliothérapie. instituée selon les règles que nous avons décrites, la guérison s'ensuit d'une manière complète et rapide. C'est donc là une nouvelle preuve de l'action générale et non locale de ce mode de traitement.

La cure marine, jointe à l'héliothérapie, ne fait qu'accroître la valeur des résultats, en diminuant le temps nécessaire à la guérison. Il en résulte un autre avantage appréciable: c'est que le malade, en dehors des quatre ou cinq heures où il est tenu immobile au soleil, peut aller et venir, et vaquer à ses affaires.

D'une façon générale, les adénites soignées à l'Institut Marin de Palavas se réduisent à deux types principaux:

1° Les adénites non suppurées;

2° Les adénites suppurées fistulisées.

Doche distingue les formes: indurées, suppurées, fermées et fistulisées. Nous reconnaissons que le classement

est plus complet, mais il nous embarrasserait pour notre statistique, les malades arrivant à l'Institut Marin un temps plus ou moins long après le début de leur affection. Aussi, ne retenons-nous que les deux types cités.

Notons ici qu'une prudence toute particulière doit être observée au début du traitement héliothérapique, surtout dans les cas de volumineux ganglions.

Il existe, en effet, des formes pseudo-lymphomateuses qui sont absolument rebelles.

Nous avons relevé le cas d'un enfant de 9 ans (observation 14), présentant une polyadénite cervicale latérale gauche et des paquets ganglionnaires aux aines et aux aisselles. Sa rate était volumineuse, ses ganglions étaient durs et ne présentaient aucune tendance à la suppuration. Son état s'aggravait; on dut le renvoyer au bout de six jours. Il est décédé quelque temps après.

A part cette contre-indication, et aussi celle qui pourrait résulter de lésions du poumon, susceptibles d'engendrer des poussées congestives de cet organe, les résultats observés sont excellents en tous points.

La polymicroadénopathie évolue vers de petits ganglions durs et scléreux, les ulcérations ganglionnaires se cicatrisent, en laissant une peau de coloration normale; les fistules se ferment, laissant des cicatristions souples (Revillet).

Dans certains cas, le ganglion tuberculeux est éliminé en masse « comme une noix sort de son brou » (Rollier).

L'observation suivante est le modèle courant des guérisons obtenues dans les cas d'adénite fistulisée.

L... Jeanne, âgée de 19 *ans,* orpheline, habitant dans un couvent, malade depuis l'âge de 5 ans, entre avec un assez bon état général, de nombreux ganglions au cou et aux aisselles, de très nombreuses cicatrices et quatre fistules

suppurant de façon notable. La plupart de ses ganglions sont caséifiés, d'autres sont encore à la phase de crudité. Enfin, ce qui donne une importance plus grande à l'étude du cas, cette jeune fille tousse et crache et présente des signes d'induration du sommet droit. On essaie prudemment l'héliothérapie, mais rapidement apparaît une poussée de congestion pulmonaire fébrile et on doit évacuer la petite malade sur l'intérieur. Aussitôt, la poussée congestive s'amende. Un mois après, L... Jeanne revient à l'Institut et reprend le traitement progressivement. Les résultats sont excellents. Sa peau se pigmente très bien et, un an plus tard, elle sort guérie complètement, et en parfait état. Elle donne, depuis, de ses nouvelles, qui sont bonnes.

Ainsi, l'on voit que les signes plumonaires, s'ils indiquent d'apporter une grande attention dans la surveillance du malade, ne constituent pas une contre-indication formelle à la cure hélio-marine.

Citons maintenant un cas d'adénite non fistulée.

L... Henriette, 21 *ans* (*observation* 43), arrive à l'Institut avec un mauvais état général et de la polyadénite non suppurée. Au cou, aux aines, aux aisselles, on perçoit des chaînes de ganglions indurés. Sous l'influence de l'héliothérapie, son état s'améliore. Elle a les oreillons à l'Institut et en guérit. Et quand elle sort, un an plus tard, ses ganglions ont fondu et elle est forte et bien colorée. Elle revient faire une saison, l'été suivant, en parfait état.

Ce traitement offre, en outre, cette particularité, de donner la guérison radicale des adénites de toutes formes, tant chez les enfants que chez les adultes.

2. — Adénopathies trachéo-bronchiques. — Le docteur d'Espine, qui fait autorité en la matière, a relevé, à l'Asile Dolfus, à Cannes, des statistiques intéressantes, mon-

trant 46 % de guérisons complètes de cette affection, et 45 % d'améliorations, ce qui lui a fait dire que « la cure hélio-marine devait être considérée comme le remède héroïque de la tuberculose ganglionnaire trachéo-bronchique ».

Comme le remarque fort bien Rollier, il n'y a pas de forme qui ait une tendance aussi marquée à la guérison spontanée. Aussi, l'héliothérapie donne-t-elle des résultats excellents et rapides. Toutefois, il faut bien signaler aussi que c'est dans ces formes que l'on observe le plus souvent des complications pulmonaires d'ordre congestif. On doit donc, dans cette catégorie de malades, comme dans celle qui précède, agir avec méthode et prudence.

Si les adénopathiques ont de la fièvre à leur arrivée ou au début du traitement, il ne faut pourtant pas en déduire une contre-indication absolue. En effet, après quelques poussées, variant d'une semaine à un mois, la courbe thermique se régularise le plus souvent.

Voici le type clinique traité à Palavas.

B... Germaine, 6 ans et demi (*observation* 242). Son père est mort jeune. Elle n'a pas été malade jusqu'à présent. Elle entre à l'Institut avec des signes nets d'adénopathie trachéo-bronchique, vérifiée par la radioscopie (ombres hilaires très prononcées). Son état général est déficient. Elle présente une température oscillant de 37° 5 à 38° 5. Le signe de d'Espine est trouvé positif.

Après six mois de traitement, l'enfant était guérie; le signe de d'Espine avait disparu, ainsi que la fièvre. L'état général était excellent.

3. — Anémies d'origine bacillaire. — Puisque l'action du soleil est surtout générale, il est tout naturel de constater de bons résultats quand on utilise cette thérapeutique dans des manifestations pathologiques générales.

Selon Thayer, de New-York, le manque de soleil ou de lumière est un facteur étiologique très important de ces manifestations.

Les anémiques traités par l'ensoleillement regagnent rapidement des forces, du poids et des couleurs.

Il va sans dire, qu'ici comme ailleurs, on est en droit d'espérer des résultats meilleurs encore, si l'on associe à ce traitement des anémiés l'absorption de préparations ferrugineuses ou calcifiantes, par exemple.

Il est incontestable, en effet, que la lumière a un rôle très efficace dans l'absorption organique. « Elle modifie le métabolisme de telle sorte, dit Vallot, qu'elle peut augmenter dans une proportion de 250 % l'assimilation de certaines substances alimentaires. » Nous n'en voulons pour preuve que cette recherche spontanée du soleil par les vieillards, les convalescents et les cachectiques.

Enfin, comme le signale Révillet, l'héliothérapie est la médication spécifique des nombreuses aménorrhées et dysménorrhées *sine materia*. De nombreuses jeunes filles chlorotiques ont été régénérées à l'Institut de Palavas par la cure hélio-marine.

L'analyse du sang faite dans les mêmes conditions avant et après la cure montre une augmentation importante du nombre des hématies. Citons, à ce sujet, une probante observation.

C... Henriette, âgée de 6 *ans* (*observation* 98), bien que née à terme, a toujours été chétive et délicate. Elle entre à l'Institut pâle et maigre, les muqueuses décolorées. Son pouls bat à 96.

Numération globulaire: hématies, 2.800.000; leucocytes, 5.800, par mmc.

Soumise au régime habituel, elle engraisse petit à petit. Sa pigmentation est lente; enfin, ses muqueuses se colo-

rent et, quand elle sort et regagne Montpellier, elle est dans un état de santé remarquable et pleine d'entrain. Une numération globulaire montre que le nombre des globules rouges est monté à 5.810.000.

Passons enfin à un type clinique d'anémie chez une jeune fille.

P... Georgette, 16 *ans* (*observation* 493), a eu une pleurite aiguë il y a deux ans. Depuis, ses règles sont irrégulières. Elle entre très anémique, avec des signes d'induration légère au sommet droit. Son poids est de 35 kilos. Régime hélio-marin. Son état s'améliore. Signalons un vertige, un jour, pendant le bain, qui n'a aucune suite. Après une trentaine de bains de mer, elle sort guérie, avec un état général florissant, bien colorée, pesant 42 k. 500. Les règles sont normales, régulières et indolores.

4. Péritonites tuberculeuses. — Si le traitement de ces lésions par le soleil donne des résultats tout à fait intéressants quand il est institué à la période subfébrile (même quand le malade est cachectique), il est bon, pour en obtenir de semblables pendant la période inflammatoire, d'agir avec la plus grande prudence. Dans les formes fibro-caséeuses en particulier, une cure intensive peut aboutir à des accidents d'occlusion intestinale dont le mécanisme est fort simple et dû, sans aucun doute, à la congestion des viscères. La surveillance des fonctions intestinales réalise donc ici le baromètre de progression de la cure solaire. L'élément douleur doit également, si la lésion est favorablement influencée, diminuer et disparaître assez rapidement.

Nous avons trouvé, à Palavas, quelques cas des deux grandes formes de tuberculose péritonéale. Nous voulons parler des formes ascitique et fibro-caséeuse.

C'est dans les péritonites exsudatives que l'on obtient les guérisons les plus rapides. S'il y a un semis de granulations infiltrées ou que l'on ait affaire à des gâteaux fibro-caséeux profonds, le pronostic est plus sérieux.

Pourtant, l'héliothérapie donne, dans tous les cas, des guérisons complètes, à condition de la pratiquer d'une bonne manière, c'est-à-dire sur le sujet nu et non point seulement localement sur l'abdomen.

Les fistules, si elles existent, se tarissent rapidement et laissent des cicatrices souples et indolores.

Il est bon de rappeler que la cure, pour être complète et efficace, doit être prolongée assez longtemps dans certains cas, de façon à permettre à l'action solaire de se porter sur les abcès profonds.

Parmi les neuf cas dont nous avons examiné les observations, un seul a été laparotomisé. Poncet et Leriche conseillent d'ouvrir et de mettre à l'air le péritoine avant de faire le traitement héliothérapique, surtout dans les formes anascitiques.

Il nous semble bien, en tout cas, à voir les statistiques diverses de Leyzin, Arcachon, Cannes, Berck, Clamart, que l'on doive considérer aujourd'hui la cure solaire, associée ou non, comme un traitement excellent des péritonites bacillaires de toutes formes.

Les malades, suivant les conseils de Chatin et Gauthier, peuvent boire et manger des œufs, mais ne sont, sous aucun prétexte, soumis à la suralimentation.

La technique n'est particulière que par la prudence avec laquelle on la met en œuvre.

Les malades, allongés sur des cadres ou des lits, sont exposés au soleil à l'abri du vent. On commence l'insolation par les extrémités et surtout par les pieds, en tâtant la résistance du sujet, et par de courtes séances. Si la

tolérance est bonne, le malade arrive, en peu de temps, à supporter l'héliothérapie totale et prolongée.

Tous les malades soignés à Palavas sont arrivés dans un état grave, et il convient de tenir compte de ce facteur dans l'examen des résultats.

Le cas d'une de ces malades envoyée de Paris par son médecin est particulièrement démonstratif.

J... Henriette, âgée de 13 *ans* (*observation* 120), est malade depuis cinq mois quand elle entre à l'Institut marin. A la défervescence d'une broncho-pneumonie s'est installée une péritonite avec gros météorisme abdominal et sensibilité diffuse; on ne percevait pas d'ascite. A son entrée, elle présente une péritonite avec légère ascite sans ballonnement. Son état général est suffisant. Elle est apyrétique. L'héliothérapie peut être instituée rapidement, d'une façon active, la malade la supportant bien. L'ascite se résout complètement sans que nul ballonnement n'apparaisse. Au bout de quelques mois, elle est complètement guérie et peut rentrer à Paris, où sa santé se maintient en excellent état, ainsi qu'elle le fait savoir par des nouvelles ultérieures.

III. — Conclusion

L'héliothérapie a une part des plus actives dans les résultats obtenus à l'Institut marin de Palavas.

Dans le domaine des tuberculoses externes osseuses, la guérison est obtenue d'une façon si simple qu'on a pu prononcer le mot de révolution dans la thérapeutique. C'est qu'en effet, nous l'avons vu, la *restitutio ad integrum* est la règle courante dans ces affections où le malade est

entré infirme. Et cela sans appareillage compliqué, ni résections dangereuses, par la simple action des radiations solaires, qui sont si désirées des malades qu'on doit les surveiller pour qu'ils n'en abusent pas.

Dans les formes médicales, ou dites telles, les effets du soleil, pour être moins connus, n'en sont pas moins complets.

Pour que les résultats soient parfaits, il faut y associer, d'une manière générale, l'immobilisation, une bonne hygiène alimentaire et corporelle et, selon les cas, la médication qui semble compléter la cure (récalcification, traitement ferrugineux, opothérapie, etc...).

Enfin, la tuberculose pulmonaire, que l'on croyait devoir, jusqu'à ces dernières annéees, tenir éloignée du soleil, ne constitue pas une contre-indication formelle. Elle peut même, dans certains cas, être sensiblement améliorée par l'héliothérapie, qui tonifie l'organisme et augmente ses moyens de défense.

SECONDE PARTIE

ETUDE STATISTIQUE

A. — Total des observations dépouillées

Dans les livres de l'Institut Marin Saint-Pierre, nous avons relevé un total de 343 observations se rapportant à l'objet de cette étude.

Nous avons volontairement abandonné de nombreux cas de rachitisme et d'affections osseuses non tuberculeuses qui ne pouvaient prendre place ici.

Sur ces 343 cas de tuberculoses chirurgicales ou médicales soumises à l'héliothérapie, les livres accusent 172 guérisons complètes (soit un peu plus de la moitié), 106 améliorations très sensibles et 64 états stationnaires.

B. — Total des observations classées par catégories

Les tuberculoses chirurgicales entrent dans notre étude pour 199 cas contre 144 cas de lésions dites médicales.

1. *Tuberculoses chirurgicales.* — Nous avons noté:

53 *coxalgies,*

dont 27 guéries, 17 améliorées, 6 en cours de traitement ou stationnaires, 1 sortie non guérie et 1 sortie aggravée pour des manifestations générales.

39 *maux de Pott,*
dont 16 guéris, 15 améliorés, 3 stationnaires et 5 en cours de traitement.

32 *tuberculoses du genou,*
dont 16 guéries, 9 améliorées, 3 stationnaires et 4 en cours de traitement.

22 *ostéites des os plats et des doigts,*
dont 12 guéries, 5 améliorées et 5 en cours de traitement.

15 *lésions bacillaires de la peau et des parties molles,*
dont 11 guéries, 3 améliorées et 1 stationnaire.

14 *tuberculoses du pied,*
dont 6 guéries, 6 améliorées et 2 en cours de traitement.

11 *tuberculoses à foyers multiples,*
dont 6 guéries, 3 améliorées, 1 stationnaire et 1 en cours de traitement.

9 *tuberculoses articulaires du membre supérieur,*
dont 7 guéries et 2 améliorées.

4 *sacro-coxalgies fistulisées,*
dont 1 guérie, 2 améliorées et 1 en cours de traitement.

2. *Tuberculoses médicales.* — Nous avons noté:

66 *adénites bacillaires banales,*
dont 30 guéries, 22 améliorées, 8 en cours de traitement, 5 stationnaires et 1 décédée.

35 *adénopathies trachéo-bronchiques,*
dont 16 guéries, 10 améliorées, 4 en cours de traitement, 1 renvoyée par mesure disciplinaire, 3 stationnaires et 1 aggravée.

34 *anémies bacillaires,*
dont 19 guéries, 10 améliorées, 3 en cours de traitement, 1 stationnaire et 1 aggravée.

9 *péritonites bacillaires,*
dont 5 guéries, 2 améliorées, 1 en cours de traitement et 1 aggravée.

Nous avons compté dans ce tableau comme guéris les malades sortis tels; comme améliorés ceux, ou bien sortis dans cet état, ou bien dont la dernière mention consignée sur le livre permettait ce jugement, en laissant prévoir la guérison prochaine. Il est probable qu'il y a dans cette catégorie un grand nombre de malades guéris au moment où paraissent ces lignes.

C. — Exposé des observations

Afin d'éviter les longueurs et les redites, nous publions un résumé, non pas des 343 observations, besogne, longue, fastidieuse et inutile, mais de quelques-unes d'entre elles, qui nous ont paru les plus typiques. Soucieux, avant tout, d'extraire de la documentation de l'hôpital la substance nécessaire à un exposé impartial, nous ne reproduisons ces observations que dans la limite où elles illustrent et soutiennent notre texte.

Il nous apparaît, d'ailleurs, que si nous transcrivons, par exemple, une quinzaine d'observations sélectionnées relatives à des cas de coxalgies, nous les aurons, en réalité, décrits tous.

Nous nous excusons du style bref que nous avons été amené à employer. Il est classique et, s'il manque d'élégance, il met, par contre, en relief les particularités qui doivent être signalées.

Quant à l'ordre dans lequel seront énumérées les observations, nous n'avons pas cru devoir en prendre un autre que celui qui a été suivi jusqu'ici. On retrouvera donc les paragraphes dans leur même succession.

TUBERCULOSES DITES CHIRURGICALES

1. — Coxalgie

Observation 12. — G. Louis, 11 ans. Rougeole dans l'enfance. Coxalgie à droite remonte à un an. Deuxième période. Arrive avec plâtre fenêtré. Abcès depuis six mois. Bon état général. Evolution, fistulisation, abcès. Amélioration état général. Résultats: est guéri après un an d'héliothérapie. Raideur articulaire, raccourcissement de 4 centimètres. Etat général floride.

Envoie nouvelles un an après: même état.

Observation 17. — R. Clément, 9 ans. Coxalgie à droite depuis deux ans; ni fistule, ni abcès. Même attitude. Pas de douleurs. Grosse pigmentation due à l'héliothérapie. Appétit très augmenté. Sort guéri après dix-huit mois. Bon état général, pas de raccourcissement. Ankylose non complète.

Envoie nouvelles après un an: ankylose regresse.

Observation 20. — F. Gabriel, 9 ans. Rougeole jeune. Entre avec coxalgie à droite plâtrée; bonne attitude. Début il y a un an. Vient de Banyuls (sanatorium). Pas d'abcès, légère abduction par la suite. Tête fémorale douloureuse à la pression. Ne reste que six mois. Sort amélioré. Très bon état général, mais toujours plâtré.

Observation 49. — C. Amélie, 8 ans. Entre avec coxalgie à droite plâtrée en bonne attitude. Etat général médiocre. Fait, en cours de traitement, de la synovite fongueuse des extenseurs de la main droite. Appareil plâtré pour la coxalgie, attelles pour le poignet. Après un an, coxalgie et synovite guéries. Mouvements de la cuisse conservés. Extension normale. Flexion limitée à 80 degrés.

Observation 51. — S. André, 11 ans. Coxalgie à gauche depuis 8 ans, fistulisée depuis 4 ans, ankylose avec adduction et subluxation de la hanche en haut. Abcès froid en évolution de la fesse gauche. Membre inférieur gauche raccourci de 1 cm 5.. Mauvais état général. Traité par héliothérapie et bains de mer. Engraisse notablement, guérit de sa coxalgie et marche sans boiterie appréciable, conserve un suintement léger à la fesse, dont il ne veut pas attendre à l'Institut la guérison complète.

Observation 69. — D. Henri, 13 ans. Entre avec coxalgie à gauche, période d'état et coxalgie droite début. Si donc il guérit avec ankylose, il sera infirme absolument. Il souffre énormément. Grand plâtre à gauche. Attelles à droite. En 5 mois la coxalgie droite est guérie; la coxalgie gauche en 18 mois. Plus aucune douleur. Tous les mouvements sont revenus. Aucune sequelle.

Observation 71. — C. Raymonde. Antécédents personnels: Abcès froid joue gauche. Coxalgie depuis 1 an, avec gros abcès profond, limitation des mouvements, vives douleurs, pas de fistule. Extension continue et plâtre. L'abcès se résorbe, les douleurs cèdent. L'enfant grossit jusqu'à l'obésité. Guérit en ankylose presque complète et léger raccourcissement.

Observation 78. — J. Françoise, 9 ans. Coxalgie à droite en bonne attitude, ni douleurs, ni raccourcissement. Extension continue. Guérison. Etat général superbe. Aucune séquelle.

Observation 99. — B. Bernadette, 15 ans. Coxalgie à droite depuis 2 ans, ankylosée en adduction, luxation de la tête et raccourcissement de 6 cm. Abcès dans l'aine. Plâtre correcteur de l'attitude vicieuse. Guérison, l'abcès est résorbés, pas d'ankylose. Raccourcissement: 4 cm.

Observation 113. — J. Augustine, 19 ans. Coxalgie à gauche depuis 20 mois, plâtrée depuis 5 mois, en bonne attitude. Fluctuation profonde. Pas de douleurs. Plâtrés successifs: douleurs apparaissent. Déplâtrée: ankylose. Héliothérapie intense. Guérison sans boiterie appréciable. Très bon état général.

Observation 157. — A. Marcelle, 9 ans. Coxalgie à gauche depuis 1 an, bonne attitude. Cicatrice au tiers inférieur de la cuisse gauche. A marché dès qu'on lui a enlevé son plâtre. Sort sans être guérie, boitant fortement mais ne souffrant pas.

Observation 188. — B. Joseph, 11 ans. A subi l'évidement du grand trochanter droit, pour trochantérite bacillaire. Entre avec coxalgie ankylosée sans raccourcissement et fistule trochantérienne. Sort guéri complètement. Très bon état général.

Observation 275. — C. Jeanne, 8 ans. Coxalgie au début. Souffre beaucoup. Plâtrée. Entre deux appareils plâtrés, 15 jours de balnéation marine associée à l'héliothérapie. Sédation de la douleur. Guérison complète avec tous les mouvements et sans raccourcissement.

Observation 345. — J. Pierre, 7 ans 1/2. Coxalgie à gauche, entre plâtré. Bon état général. Après 1 mois, changement de plâtre. Ankylose de la hanche, tête douloureuse. Un an plus tard, les douleurs ont disparu, on supprime les appareils plâtrés. L'articulation coxofémorale est ankylosée. Il marche peu et avec des béquilles. 3 mois après, l'ankylose a cessé. Il est guéri et marche très bien.

Observation 406. — M. Marie-Louise, 17 ans. Antécédents héréditaires: mère tuberculeuse. Malade depuis sept mois. Coxalgie à gauche. La radio montre les contours du cotyle érodés et l'interligne coxofémoral agrandi. Reste plâtrée pendant 9 mois. Souffre du genou en récurvation. Guérison avec flexion limitée à 90 degrés.

Observation 412. — T. Catherine, 13 ans. Antécédents héréditaires: mère morte bacillaire. Antécédents personnels: rougeole. Coxalgie depuis six mois. Douleurs et boiterie légères. Etat général mauvais. Enfant pâle. Plâtrée 1 ans. Guérison complète sans aucune douleur spontanée ou provoquée.

Observation 450. — C. Suzanne, 20 ans. Antécédents héréditaires: mère morte jeune, plusieurs frères morts probablement de bacillose. Antécédents personnels: coxalgie à 13 ans, mal soignée et mal guérie. Entre avec trochantérite droite et violentes douleurs. Radio montre grosses lésions. Plâtrée. En cours de traitement, mouvements de flexion étendus malgré luxation de la tête fémorale. Ne souffre plus.

Observation 453. — F. Georges, 10 ans 1/2. Coxalgie à gauche depuis 1 mois. Boite légèrement. Radio montre le tiers inférieur de la tête et du cotyle peu nets. Reste 8 mois dans appareil plâtré et marche 2 mois avec des béquilles. Guérison complète. Tous mouvements. Ni boiterie, ni raccourcissement. Bon état général.

Observation 529. — S. Marie, 18 ans. Coxalgie à droite depuis 1 an, plâtrée pendant 9 mois. Ensuite 3 mois de marche avec béquilles. Guérison complète.

2. — Mal de Pott

Observation 2. — D. Jeanne, 9 ans. Mal de Pott dorso lombaire, avec gibbosité angulaire et ostéite du pubis. Malade depuis 3 ans. Douleurs aux dernières vertèbres dorsales et premières vertèbres lombaires. Pas de signe de compression médullaire. Mauvais état général. Corset plâtré. Guérison: colonne souple et indolore. Etat général florissant. Gibbosité à peine marquée. Rechute (misère, gros travaux de force) et coxalgie. Sort pour la seconde fois guérie.

Observation 23. — N. Andrée, 5 ans. Pott lombaire, avec petite gibbosité, douleurs à la pression et aux mouvements. Etat général mauvais. Gouttière de Bonnet, puis corset plâtré. Guérit sans gibbosité, marche en lordose.

Observation 40. — P. Aimé, 5 ans. Pott cervical, entre avec une minerve. Mauvais état général. Sort avec petite gibbosité cervicale, non guéri, meilleur état.

Observation 70. — P. Marie, 15 ans. Pott sous-occipital depuis 6 mois. Douleurs, subluxation, torticolis. Plâtre et minerve. Opérée de hernie inguinale. Sort guérie complètement. Etat général superbe. Légère limitation des mouvements de latéralité de la tête.

Observation 76. — F. Maurice, 6 ans. Pott cervical depuis 5 mois, fortes douleurs. Fistule cervicale subauriculaire droite apparaît après un mois de traitement. Guérison complète. Très bel enfant.

Observation 89. — M. Marie, 19 ans. Pott dorso-lombaire depuis 1 an. Bonne attitude. Douleurs à la pression. Légers signes d'induration pulmonaire. Adénopathie marquée. Sort guérie de ses lésions.

Observation 102. — M. Roland, 6 ans. Pott dorso-lombaire et ostéite du tibia. Plâtré. Sort guéri ; excellent état général.

Observation 103. — F. Augusta, 10 ans. Pott cervical, sans gibbosité. Fortes douleurs. Corset plâtré et minerve. Guérie avec attitude un peu figée.

Observation 145. — B. Jeanne-Marie, 8 ans. Pott avec grosse gibbosité lombaire depuis 6 ans. Corset plâtré depuis 2 ans. Considérée comme guérie évolutivement, on la laisse marcher et on la traite par l'héliothérapie et la balnéation marine. Résultats: thorax bien développé, gibbosité médiane angulaire lombaire. Bonne guérison.

Observation 437. — M. Cécile, 16 ans. A eu une plurésie aiguë. Début il y a un mois, consécutif à une chute. Gibbosité immédiate (.). Pott dorsal sans paraplégie. Etat général médiocre. Radio montre lésions vertébrales. En cours de traitement. Très améliorée.

Observation 449. — C. Paul, 3 ans 1/2. Mère morte bacillaire. Père bacillaire. Pott dorsal avec forte gibbosité angulaire. Pas de paraplégie. Réflexes vifs. Allongé sur lit dur. Aucune amélioration. En cours de traitement. Clonus du pied à gauche.

Observation 500. — P. Jean, 5 ans. Pott lombaire avec fistule iliaque postérieure droite. Crises douloureuses dans la hanche droite qui cèdent en cours de traitement. Très amélioré.

Observation 557. — M. Joseph, 10 ans. Bacillose héréditaire probable. Pott depuis 3 ans et demi: guéri évolutivement. Présente actuellement fistule partie moyenne du sterno-cleido-mastoïdien. Bon état général. Cou souple et mobile, mouvements possibles mais limités.

3. — Tuberculose du genou

Observation 25. — D. Pierre, 3 ans. Tumeur blanche genou droit. Deux fistules. Fortes douleurs. Amélioration état général. Sort avant d'être guéri pour suivre ses parents qui reviennent dans le Nord ; fistule donne à peine. Est plâtré avant de partir.

Observation 74. — B. Maria, 12 ans. Tumeur blanche genou gauche depuis 3 ans. Genu valgum léger. Subluxation légère du tibia. Sort très améliorée, en bon état général.

Observation 100. — R. Rose, 7 ans. Tuberculose du genou droit. Genou globuleux, abcès en formation; attitude légèrement fléchie. Etat général médiocre. Est plâtrée, abcès et douleurs cèdent. Guérison, marche sans boiterie.

Observtion 139. — C. Noelle, 11 ans 1/2. Tumeur blanche genou gauche depuis 8 mois. plâtrée en bonne attitude. Doit sortir, pour raison pécuniaires, non guérie. Revient dans même état six mois plus tard. Après un an de traitement, le genou malade de 1 cm. de moins que le côté sain. Peut marcher. Quelque temps après, guérison complète.

Observation 156. — H. Gaston, 15 ans. Entre en juin 1920, pour tumeur blanche genou gauche, remontant à 6 ans. Genou volumineux. Douleurs très vives. Ankylose presque complète. En février 1921 s'ajoute une orchite bacillaire droite. En septembre 1921, guérison du genou. En octobre, de l'orchite. Il sort et entre comme élève à l'école professionnelle des mutilés.

Observation 170. — P. Léonce, 9 ans. Tumeur blanche du genou gauche, guérie avec ankylose et douleurs. Peu après l'entrée, on note menace de subluxation du tibia. Immobilisation plâtrée. Douleurs cèdent. Sort guéri complètement: ni ankylosé, ni douloureux. Revient l'année suivante en mauvais état général. Repart après l'été en bon état.

Observation 193. — R. Louis, 12 ans. Tumeur blanche du genou gauche depuis 3 ans 1/2. Légère subluxation du tibia. Ankylose articulaire. Pas de douleurs. Appareil plâtré. Le genou reprend un volume normal. Plus de fongosités. Sort guéri avec ankylose.
Nouvelles l'année suivante: très amélioré.

Observation 197. — S. Henri, 10 ans. Hydrops tuberculosus du genou gauche, début il y a 6 mois. Bon état général. Quelques douleurs. Héliothérapie et pansement compressif. Traitement iodé; guérit parfaitement.

Observation 321. — D. Albert, 11 ans. Signale une bronchite il y a deux ans. Tumeur blanche du genou droit depuis 8 ans, guérie avec ankylose. Améliore sa flexion et son état général. Un lupus du nez l'oblige à regagner Montpellier pour soins particuliers.

Observation 405. — F. Maria, 17 ans. A un père tuberculeux. Entre avec une double tumeur blanche au genou gauche et au cou-de-pied droit, dont le début remonte à 2 ans, jamais plâtrée. Est plâtrée à l'Institut. Guérison; genou indolore et non tuméfié. Limitation des mouvements. Poussées thermiques dues sans doute à bacillose pulmonaire.

Observation 441. — N. Marie, 16 ans. Rougeole et anémie dans ses antécédents. Entre avec hydarthrose non douloureuse genou gauche. Il a 2 cm. de plus que le droit. Bottes amidonnées. Guérison: plus de douleur, genoux égaux.

Observation 456. — S. Antonin, 12 ans 1/2. Ostéo-arthrite bacillaire des deux genoux. Mauvais état général. Aspect blafard, genoux globuleux peu douloureux, contenant un peu de liquide (choc rotulien). En cours de traitement. Très amélioré. Relèvement de l'état général.

Observation 476. — C. Paulette, 9 ans 1/2. Tumeur blanche genou droit, consécutive à chute. Genou sec, indolore, mobile, 2 cm. de plus qu'à gauche. Sort après 6 mois, guérie; genou normal.

Observation 558. — F. Alice, 13 ans. Antécédents héréditaires: mère morte tuberculeuse; sœur de F. Marcel (n° 61), coxalgie, mal de Pott. Sorti guéri. Antécédents personnels: coqueluche. Entrée avec tumeur blanche du genou gauche; début, il y a six mois, brusque. Plâtrée. Guérison: genoux indolores, mêmes mesures de chaque côté.

Observation 565. — B. Alice, 6 ans. Antécédents personnels: bronchite, coqueluche. Entre avec tumeur blanche du genou gauche; début, il y a 5 mois. Immobilisation, plâtrée. Résultat: guérison complète; flexion non limitée. Rotules bien mobiles.

4. — Tuberculose des os

Observation 8. — E. Armand, 12 ans. Amputé de la cuisse droite pour tumeur blanche fistulisée. Entre en février 1919, avec fistule dos de la main gauche (provenant métacarpien). Tousse et présente à l'auscultation quelques signes pulmonaires suspects. 10 mars 1919, est cicatrisé, légère croûte; 12 mai, guérison complète.

Observation 59. — B. Jean-Louis, 11 ans. Entre pour deux mois, en 1918, avec abcès froid d'origine costale, suppurant abondamment. Mauvais état général. Amélioré. Est opéré à Montpellier en janvier 1919. Revient en août 1919 à l'Institut, avec cicatrices dures. Sort guéri. Très bon état général.

Observation 92. — J. Odette, 8 ans. Arrive de Castres avec spino-ventosa première phalange pouce droit et quatrième et cinquième métacarpe gauche. Six mois plus tard, guérison avec cicatrisation complète; volume des doigts normal, indolence à la pression.

Observation 107. — A. Gervais, 15 ans. Vient de Paris avec deux trajets fistuleux au quart supérieur du tibia gauche. La bourse séreuse prétibiale est enflammée et douloureuse à la pression. Légère limitation de flexion du genou. Après six mois d'héliothérapie, il repart guéri et cicatrisé.

Observation 140. — G. Aline, 18 ans. Douleurs très vives, spontanées et provoquées à la crête iliaque droite, au voisinage de l'épine iliaque antéro supérieure. Cicatrice d'abcès froid fesse gauche. Traitée un an par héliothérapie et bains de mer. Sort guérie, excellent état.

Observation 207. — R. Elise, 11 ans. Entre avec spino-ventosa troisième et quatrième doigts main droite et index main gauche avec fistules. Etat

général précaire. Après deux mois, la main gauche est guérie, la droite améliorée. Doit être évacuée pour syncopes.

Observation 252. — F. Yvonne, 17 ans. Spina-ventosa pouce gauche à l'articulation trapézo-métacarpienne, avec séquestre dans l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Séquestre éliminé. Ignipuncture profonde. Sort guérie après 8 mois.

Observation 340. — R. André, 20 ans. Entre à la suite d'un gros abcès froid costal, ponctionné plusieurs fois et suivi de résections costales. Est en mauvais état avec deux fistules costales. Sort presque guérie, sans vouloir attendre la cure complète ; une fistule est tarie, l'autre suinte à peine. L'état général est excellent.

Observation 462. — M. Raymonde, 2 ans 1/2. Antécédents héréditaires mauvais. Sur quatre enfants, deux sont morts jeunes. Antécédents personnels: congestion pulmonaire. Entre avec spina-ventosa index et pouce droit et index gauche volumineux et fistulisés. Très améliorée. En cours de traitement.

Observation 545. — F. Léon, 14 ans. Antécédents héréditaires: père tué, mère illettrée, faciès caractéristique « de la montagne ». Traces de rachitisme ancien. Entre avec un spina-ventosa au troisième métacarpien droit, avec fistule. Etat général bon. En traitement. Bonne voie de guérison.

5. — Tuberculose de la peau et parties molles

Observation 9. — L. Isidore, 26 ans. Antécédents héréditaires: a subi l'amputation du pied gauche pour lésions bacillaires. Pleurite aiguë. Entre avec une synovite à grains riziforme des extenseurs de la main gauche. Début il y a cinq mois. Après 6 mois d'héliothérapie, il sort guéri.

Observation 41. — T. Gérard, 8 ans. Entre avec plusieurs gommes à la joue droite et nombreux ganglions petits et mobiles. Etat général déficient. Sort, un mois après, cicatrisé, en bon état, bien coloré.

Observation 112. — L. Madeleine. (Voir à lésions multiples).

Observation 182. — L. Marcelle, 13 ans. Gomme bacillaire grosse comme une pièce de un franc, sur la face latérale gauche du cou. Début il y a deux ans. Ulcération circulaire. Après un an, sort guérie, bon état général et cicatrisée.

Observation 194. — A. Yvonne, 10 ans. Antécédents héréditaires: père mort méningite bacillaire. Entre pour abcès froids pré et rétro-auriculaire gauche. Malade depuis deux ans. Peau décollée au-dessus du pavillon, larges fistules et clapiers. Aucun signe pulmonaire à l'auscultation. Mauvais état général. Résultats: après six mois, bon appétit, gaie et active ; croûtes et léger gonflement suintant sur ces lésions. Après un an, guérison complète, cicatrice solide. Sort.

Observation 286. — S. Marie-Thérèse, 16 ans. Entre avec trois ulcérations, probablement bacillaires, sur la jambe gauche. Sort guérie.

Observation 339. — B. Henriette, 21 ans. Antécédents héréditaires: mère morte bacillaire. Antécédents personnels: abcès adénoïdien drainé et ponctionné à diverses reprises. Entre avec ulcérations étendues région cervicale droite. Assez bon état général. Subfébrile. Après un mois, en bonne voie de guérison; séance d'ignipuncture. Après deux mois, sort cicatrisée.

Observation 429. — V. Isabelle, 17 ans. Entre malade depuis trois ans. Sa tête est couverte d'un vrai casque de croûtes. Après détergement on observe: lupus de la paupière droite, lupus en collier sous-maxillaire, gommes cervicales à droite, gommes face dorsale poignet gauche, lupus face palmaire et dos de la main gauche, lupus du pied droit. On associe le thermocautère au soleil. Elle sort guérie et cicatrisée après six mois.

6. — Tuberculose du pied

Observation 200. — B. Léontine, 8 ans. Hérédité bacillaire. Entre en février 1921 pour arthrite bacillaire tibio-tarsienne, bilatérale fistulisée. Début en janvier 1920. A l'entrée: pied droit: deux fistules face antéro-extérieure, adhérent aux plans profonds, pied gauche: empâtement rétro-malléolaire, cou-de-pied libre. En octobre 1921: pied droit amélioré; pied gauche: aggravé; état général florissant. En novembre 1923, pied droit complètement guéri; pied gauche, le calcanéum s'est effondré, lésions en voie de cicatrisation.

Observation 234. — E. Emilienne, 3 ans. Entre avec arthrite bacillaire cou-de-pied droit et polyadénopathie. Tendance à la contraction si on essaie la mobilisation. Limitation par choc brusque. Empâtement rétro-malléolaire. Résultats: guérison sans ankylose. Très bon état général.

Observation 245. — C. Fernande, 9 ans. Tumeur blanche cou-de-pied droit avec fistule. Résultats: guérison. (Voir multiples).

Observation 260. — F. Henriette. Tumeur blanche cou-de-pied avec fistule. Guérie. (Voir multiples).

Observation 435. — G. Suzanne, 15 ans. Antécédents héréditaires: mère morte abcès froid lombaire, six enfants. Tumeur blanche cou-de-pied droit. Début par entorse, il y a deux ans. Plâtrée. Douleurs, surtout médio-tarsiennes. Igniponction très profonde sous anesthésie. Amélioration très sensible: les douleurs et l'empâtement diminuent. Est en cours de traitement.

Observation 436. — G. Jules, 8 ans. Arthrite tibio-tarsienne droite, à début récent. Douleurs, gonflement. Reste plâtrée 10 mois et marche 6 mois, déplâtrée, avec béquilles. Très amélioré. Cou-de-pied indolore et mobile, légèrement tuméfié en arrière. Renvoyé pour raisons disciplinaires.

Observation 492. — C. Simone, 16 ans. Antécédents personnels: il y a 6 ans, tumeur blanche genou gauche, plâtrée et guéri avec main bote en valgus. Depuis un an et demi, arthrite cou-de-pied gauche. Plâtrée depuis. Douleurs vives. Résultats: très améliorée, ne souffre plus, marche avec des béquilles, prend des bains de mer. En cours de guérison.

Observation 497. — M. Marie-Thérèse, 20 ans. Antécédents personnels: a eu, depuis l'âge de 14 mais, de nombreuses localisations bacillaires: spina-ventosa, tumeurs blanches. Actuellement: arthrite tibio-tarsienne droite et coude gauche. Bon état général. Guérison.

Observation 496. — A. Georgette, 19 ans. Tumeur blanche du cou-de-pied droit depuis 9 ans. Traitée par un rebouteux, fistulisée, puis curettée à l'hôpital suburbain. Actuellement, ulcération en avant du cou-de-pied droit. Bon état général. En voie de guérison.

7. — Tuberculoses multiples

Observation 3. — B. Henriette, 9 ans. Ostéite du pubic fistulisée, mal de Pott dorso-lombaire. Résultats: après un an, fistule pubienne tarie, colonne vertébrale souple. Sort guérie. Entre un an et demie après, avec coxalgie au début. Immobilisée: sort après un an, guérie.

Observation 48. — A. Lucien, 16 ans. Entre le 17 juillet 1919, avec: 1° gommes tuberculeuses face postérieure coude gauche; 2° gomme face postérieure inférieure avant-bras gauche; 3° spina-ventosa non ulcéré index gauche; 4° spina-ventosa fistulisé auriculaire droit; 5° spina-ventosa ferme index et médius droits; 6° gommes ulcérées pied gauche face dorsale; 7° gomme ulcérée fesse droite; 8° gomme fermée fesse gauche; 9° hydarthrose des deux genoux.

Le 18 août, 1., 2., 4., 8. sont guéris; 6. est amélioré; 3. et 5. sont ulcérés; 7. et 9. stationnaires.

Le 6 mai 1921 restent: 5. fistulisés et difformes; 7. presque guérit. Le 16 octobre 1921, sort complètement guéri et cicatrisé. Ne présente, pour toute infirmité, qu'un doigt dévié. C'est un garçon vigoureux et développé. Il marche normalement.

Observation 61. — F. Marcel, 15 ans. Entre avec: coxalgie droite, mal de Pott, avec abcès inguinal droit non ponctionné, arthrite genou droit, avec mouvements de latéralité. Guéri avec raccourcissement de 4 cm à la jambe droite (corrigé par chaussures). Pas d'ankylose, marche très bien. Gibbosité minime.

Observation 63. — B. Albertine, 14 ans. Entre en octobre 1919, avec: large ulcération jambe gauche, plaie et ostéites main et épaule droite. Sort en octobre 1921, complètement guérie.

Observation 400. — A. Salvador, 8 ans. Entre à l'Institut avec: ostéite avant-bras droit; lupus jo eugauche; abcès froid face externe cuisse gauche. Mauvais état général. Résultats: l'ostéite et l'abcès froid guéris, l'état général très amélioré. Il est envoyé, pour soins spéciaux du lupus, au service de dermatologie.

8. — Tuberculose du membre supérieur

Observation 112. — L. Madeleine. Tumeur blanche fistulisée du coude droit et arthrite du coude gauche. Guérison. (Voir tuberculose de la peau).

Observation 177. — R. Marguerite. — 19 ans. Antécédents personnels: rougeole, coqueluche, paraplégie des membres inférieurs guérie. Entre pour scapulalgie gauche. Début, il y a six mois, par vives douleurs dans l'épaule gauche. A été plâtrée. Deux mois plus tard, apparaît un abcès sous-pectoral qui rétrocède spontanément. Légère douleur à l'abduction. L'articulation est mobile, mais grosse atrophie musculaire. Mauvais état général. D'autres localisations apparaissent: sacro-coxalgie gauche avec gros abcès, ostéite crête iliaque. Sort non guérie, sur son désir de regagner Lyon.

Observation 245. — C. Fernande. 9 ans. Rien dans ses antécédents. Entre malade depuis un an, avec trois abcès fistulisés au niveau du coude gauche qui est ankylosé. Résultats: sort guérie complètement cicatrisée, mouvements entièrement conservés.

Observation 460. — B. Louise. 6 ans. Antécédents héréditaires: père boiteux (?) Entre malade depuis 18 mois avec tumeur blanche du coude gauche. Est plâtrée depuis le début en mauvaise position. Enlèvement du plâtre. Pyodermite. Guérison de la pyodermite. Immobilisation dans l'appareil plâtré en bonne attitude. Après six mois, sort guérie.

Observation 525. — N. Louis, 10 ans. Antécédents personnels: bronchite, scapulalgie droite ayant débuté il y a deux ans. A eu des abcès et a été ponctionné cinq fois. Non fistulisé à son entrée. Articulation immobile. Résultats: guérison avec légère limitation des mouvements.

9. — Sacro-coxalgie

Observation 410. — S. Fernande, 11 ans. Antécédents héréditaires: père et mère morts jeunes. Entre avec sacro-coxalgie à droite, dont le début remonte à neuf mois. A été soigné à l'hôpital de Rodez. Peu après le début est apparu un abcès dans la région lombo-iliaque droite, qui est fistulisé à l'entrée. On note de l'empâtement à l'articulation sacro-iliaque droite et une fistule suppurant peu. L'état général est assez bon. Résultats: très amélioré, la fistule suinte à peine; en cours de traitement.

Observation 463. — F. Marguerite, 20 ans. Antécédents personnels: pleurésie, il y a 8 ans; sacro-coxalgie à gauche depuis 15 mois. Début par douleurs dans l'articulation sacro-iliaque, jamais plâtrée. N'a jamais eu d'abcès. N'est pas fistulisée. A fait 5 mois d'héliothérapie en Corrèze. Actuellement: douleur locale légère des deux côtés, empâtement à gauche. Signe de Larey positif. Amélioration. En cours de traitement par le repos et l'héliothérapie.

TUBERCULOSES DITES MEDICALES

1. — Adénites banales

Observation 18. — M. Laurence, 10 ans. Entre avec une adénite bacillaire gauche en voie de cicatrisation, dure depuis plusieurs années. Fistule sous-maxillaire. Résultats de la cure: cicatrisée en six mois, ganglions sclérosés. Bonnes nouvelles deux ans plus tard.

Observation 19. — M. Maurice, 13 ans. Frère de la précédente. Adénite cervicale droite fistulisée, gros abcès sus-claviculaire opéré. Assez bon état général. Fait, en traitement, une poussée congestive pulmonaire, avec temp. 39°7. Evacué. Revient guéri de cette poussée et supporte bien l'air marin. Résultats: guérison complète après un an.

Observation 77. — R. Antoine, 10 ans. Polyadénite cervicale fistulisée à droite. Traitement iodé, fer, os. Après 18 mois, sort guéri; quelques ganglions sclérosés et minuscules perceptibles.

Observation 97. — B. André, 14 ans. Antécédents héréditaires: mère cardiaque, père bronchitique chronique, deux frères morts. Entre avec adénite remontant à trois mois, avec début fébrile, ganglions comme de grosses cerises. Crises de suffocation. Evolution: poussées fébriles et apparition de nombreux ganglions. Résultats: guérison des lésions anciennes. Sort avec un nouveau ganglion tuméfié.

Observation 143. — R. Joseph, 14 ans. Volumineux paquet ganglionnaire cervical droit, deux fistules. Mauvais état général. Traitement associé: thermo. Sort guéri et cicatrisé. Très bon état général. Exerce avec son père le métier de charron.

Observation 161. — O. Marie, 15 ans. Petite parisienne, atteinte depuis huit mois d'adénite cervicale droite, ponctionnée plusieurs fois, non fistulisée. Apyrétique, ne tousse pas. Résultats: guérison complète. Sort et regagne Paris en parfait état de santé.

Observation 172. — P. Marie-Jeanne, 12 ans. Antécédents héréditaires, 4 frères morts jeunes; antécédents personnels: rougeole. Entre avec adénite bacillaire fistulisée à l'aine droite. Malade depuis trois ans. Sort guérie et cicatrisée. Parfait état général.

Observation 231. — C. Marie, 13 ans. Antécédents héréditaires: mère morte jeune; antécédents personnels: opérée à 6 ans, pour ganglions cervicaux. Entre avec une adénite fistulisée cervicale. Etat général déficient. Sommet droit suspect. Sort guérie.

Observation 272. — S. Marie, 16 ans. Fille unique, pas encore réglée; a eu des convulsions dans l'enfance et à l'âge de 10 ans. Entre pour adénite axillaire droite fistulisée, remontant à six mois. A des crises d'hystérie au bain. Traitement thyro-ovarien associé. Guérison complète avec cicatrice solide. Sort en bon état général. Donne des nouvelles un an plus tard. Est réglée normalement. Plus de crises.

Observation 274. — M. Fernand, 12 ans. Antécédents héréditaires: père et mère morts. Intelligence peu développée. Adénite cervicale droite, caséeuse très volumineuse. N'a jamais suppuré. Envoyé à l'hôpital pour excision. Revient sitôt opéré. Guérison. Belle cicatrice souple.

Observation 339. — B. Henriette, 4 ans. Antécédents héréditaires: mère morte tuberculeuse. Atteinte d'adénite cervicale, drainée et ponctionnée plusieurs fois. Entre avec ulcérations cervicales. Sort guérie après trois mois d'héliothérapie.

Observation 369. — M. Marcel, 11 ans. Entre pour micropolyadénopathie cou, aisselles, aines. Sort guéri pour aller à la montagne pendant l'été.

Observation 422. — D. Louis, 19 ans. Antécédents héréditaires: père mort, mère malade. Antécédents personnels: entérite. Entre après excision d'un paquet de ganglions bacillaires de l'aisselle. Bon état général. Pendant le traitement apparaissent et rétrocèdent des œdèmes passagers du bras, dus à compression veineuse, sans doute. Est en cours de traitement: très améliorée.

Observation 431. — W. Germaine, 15 ans. Antécédents personnels: bronchite et grippe, il y a 2 ans, suivies de l'apparition d'un gros ganglion sous-claviculaire gauche; il est incisé. Etat général médiocre. D'autres ganglions apparaissent. Résultats: en cours de traitement. Presque guérie, état général florissant.

Observation 506. — F. Louis, 13 ans. Antécédents personnels: rougeole, coqueluche. Entre avec une grosse masse ganglionnaire dure et bosselée, sous le sterno-cléido-mastoïdien droit, en arrière de la parotide. Mauvais état général et anémie. En cours de traitement, bon état général, ganglions encore perceptibles, mais ne passant pas à la suppuration.

Observation 523. — G. Louis, 10 ans. Entre avec polyadénite: au cou, aux aines et aux aisselles. Présente de l'impétigo disséminé. Sort guéri avec bon état général.

Observation 543. — V. Maria, 15 ans. Antécédents personnels: rougeole, coqueluche, bronchite et grippe. Entre pour adénite cervicale avec deux

gommes ulcérées à droite et à gauch, quatre fistules venant de ganglions abcédés. Résultats: côté droit guéri, deux fistules guéries à gauche. En cours de traitement.

2. — Adénopathies trachéo-bronchiques

Observation 27. — S. Raymonde, 11 ans. Antécédents héréditaires: père tué, mère morte tuberculeuse. Entre malade depuis plusieurs années. Assez bon état général. Ombres hilaires à la radio. Crises d'étouffements. Signe de Smith positif. En traitement, alternatives de hauts et de bas. Sort et revient. Résultats: absolument guérie, plus d'étouffements, plus d'adénopathie.

Observation 94. — L. Jean, 10 ans. Enfant maigre, a de l'adénopathie trachéo-bronchique nette. Dort bien. Son appétit devient meilleur. Fait deux poussées d'éréthisme cardiaque, avec pouls à 120. Sort sans aucun signe d'adénopathie, ni Smith, ni d'Espine.

Observation 114. — R. Roger, 10 ans. Antécédents héréditaires: mère bacillaire. Antécédents personnels: vit dans un grand désordre matériel et moral. Entre avec adénopathie trachéo-bronchique vérifiée, radioscopie et souffle interscapulaire. Sort amélioré et revient comme externe. Sort guéri, excellent état général.

Observation 208. — E. Albert, 9 ans. Antécédents personnels: eczéma chronique oreille gauche. Entre pour adénopathie trachéo-bronchique, avec congestion péribronchique. Mauvais état général, teint cireux (glob.: 2-3 millions). Résultats: amélioration rapide et guérison. Sort bon état général, coloré.

Observation 290. — P. Robert, 12 ans. Antécédents héréditaires: mère rhumatisante. Antécédents personnels: rougeole, toussotte depuis. Malade depuis un an. Petites poussées fébriles à 38°. Adénopathie trachéo-bronchique, vérifiée par radio. Bon appétit. Cœur à surveiller. A la suite des bains de mer, fait des crises de cyanose. Cessation de la balnéation. Résultats: sort guéri, état général floride. Plus de signe d'Espine.

Observation 315. — D. Raymonde, 7 ans 1/2. Entre pour raucité de la voix et signe de Smith très fort. Subfébrile. A été opérée des végétations adénoïdes. Reste couchée à cause de poussées fébriles. Résultats: Apyrétique. Etat général excellent. Gorge nette. Pas de signe de Smith, pas de signe d'Espine.

Observation 354. — V. Marthe, 6 ans. Entre pour adénopathie trachéo-bronchique et polyadénite. Prend du poids. En cours de traitement.

Observation 414. — N. Marius, 5 ans. Antécédents héréditaires: mère et sœur bacillaires. Enfant non élevé, urine et va du corps sous lui par manque

d'éducation. Entre avec adénopathie trachéo-bronchique, signe d'Espine positif et fortes chaines ganglionnaires. Sort très amélioré en bon état.

Observation 444. — T. Roger, 8 ans. Antécédents héréditaires: mère tuberculeuse. Entre avec signes de Smith et d'Espine très forts. Pèse 27 kilos. Sort amélioré, pesant 29 k. 500 et sans signe de Smith. Rentré ensuite très amaigri: 22 k. 300. Reste stationnaire. On conseille la montagne.

Observation 469. — C. Henri, 6 ans. Enfant malingre, à thorax insuffisant. Tousse le matin. Signe d'Espine positif. Résultats: très amélioré, plus de signe d'Espine. Bon état général, en voie de guérison.

Observation 470. — D. Louis, 7 ans 1/2. Entre avec adénopathie trachéo-bronchique nette, souffle hilaire intense, micropolyadénopathie, facies adénoïdien. Pèse 23 kilos. Maigrit d'abord: le signe de d'Espine devient plus intense. Grosse circulation thoracique collatérale. Puis amélioration, gagne du poids; d'Espine très léger. Pèse 25 kilos. En cours de traitement.

Observation. — P. Germaine, 8 ans 1/2. Fille unique, anémique, maigre et adénopathique. La radio montre des ombres hilaires prononcées. Souffle interscapulaire, d'Espine fort. Abdomen ballonné. Pèse 19 k. 200. Résultats: pèse 21 k.; plus de ganglions. En cours de traitement, très améliorée.

3. — Anémies

Observation 14. — V. Paul, 9 ans. Malade depuis un an. Entre avec anémie générale, rate volumineuse et dure. Polyadénite très développée, aggravation progressive. Sort mauvais état. Diagnostic: leucémie lymphoïde, incompatible avec traitement.

Observation 53. — C. Gustave, 12 ans 1/2. Pâle. Muqueuse décolorée. Pouls lent. Petits ganglions. Souffle extra-cardiaque. Ni foie ni rate perceptibles. Nombreuses épistaxis pendant traitement. Résultat: très amélioré. Sort excellent état.

Observation 57. — D. Etienne, 6 ans. Antécédents héréditaires: mère morte tuberculeuse. Anémie profonde, dypsnée, bouffissure visage. Circulation collat. thorc. sup. Signe de Smith. Urine au lit. Résultat: sort excellent état.

Observation 65. — R. Hélène, 18 ans. État général précaire. Pâle. Belle cicatrice sous-maxillaire. Pas de ganglions. Sort très bon état 3 mois après.

Observation 67. — M. Marguerite, 11 ans. Forte anémie. Reste un an. Sort guérie.

Observation 73. — M. Germaine, 7 ans 1/2. Malade depuis un an. Etat général médiocre. Adénite cervicale. Très pâle. Se pigmente peu au traitement. Résultats: adénopathie guérie. Anémie persistante. Sort légèrement améliorée.

Observation 253. — C. Marie-Jeanne, 11 ans 1/2. Pâleur marquée et micro-adénopathie. Sort guérie. Très bon état général.

Observation 342. — B. Marc, 12 ans. Antécédents héréditaires: mère bacillaire. Anémie intense. Pas de ganglions. Bel enfant, mais conjonctive et gencives décolorées. Résultat: va bien, sort très coloré.

Observation 390. — A. Maurice, 9 ans. Anémie avec raucité de la voix. Rien à l'auscultation. Surveillé au point de vue tolérance de la mer. Supporte très bien. Sort très coloré, gras, voix normale.

Observation 428. — A. Jeanne, 19 ans 1/2. Antécédents personnels: congestion pulmonaire il y a 4 ans, suivie d'abcès froids lombaires guéris. Entre avec anémie intense. Etat général précaire. Gencives décolorées. Pas de gêne au rachis. Ne tousse pas. Poids: 50 k. 500. Prend 27 bains de mer. Sort très bien. Belles couleurs. Poids: 59 kilos.

Observation 508. — B. Anna, 15 ans 1/2. Fillette grande et maigre, jumelle d'un frère en bonne santé. Forte anémie. Anorexie. Tachycardie souffle cardiaque, anémique. Sort guérie.

4. — Péritonites

Observation 154. — F. Flavien, 6 ans. Péritonite bacillaire. Enfant pâle et maigre. Abdomen ballonnée, peu de liquide, pas de masses adhérentes. Très amélioré par le traitement. Sort avant guérison complète, en très bonne voie.

Observation 711. — D. Henri, 8 ans. Antécédents héréditaires: mère bacillaire, contagieuse. Antécédents personnels: rougeole et coqueluche. Est souvent malade l'hiver. Depuis 3 ans, péritonite bacillaire. Entre avec abdomen distendu (64 cm.), pas de liquide. Bien soigné. Selles mastic régulières. Bon appétit. Après deux mois, crises, aggravation, avec ballonnement, vomissements, alternatives diarrhée et constipation. Périmètre abdominal: 58 cm. Après trois mois, état général grave, grosse ascite. Est évacué sur l'intérieur pour intolérance.

Observation 189. — F. René, 19 ans. Antécédents personnels: grippe et pleurésie, suivie de péritonite depuis 2 ans. Abdomen tendu douloureux au palper. Pas d'ascite. Etat général médiocre. Rien à l'auscultation. Règles douloureuses et irrégulières. Pendant traitement, mieux général et local. Poussées fébriles de temps à autre et vives douleurs pendant les règles. Péri-

mètre abdominal ramené de 86 cm à 77 cm. Fièvre disparaît. En cours de traitement. Très améliorée.

Observation 190. — N. Irma, 22 ans. Antécédents héréditaires: sœur morte bacillaire. Opérée il y a un mois pour sa péritonite. Entre avec abdomen indolore et poussées de diarrhée. Légère fièvre. Résultats: repart à Paris guérie, très bon état général.

Observation 252. — G. Marcelle, 19 ans. Orpheline. A eu typhoïde à 7 ans et pleurésie aiguë il y a 6 mois. Entre avec péritonite, état général grave, très anémiée. Température: 38°5. Abdomen distendu et sonore. Diarrhée, signes pulmonaires bilatéraux. Evacuée peu après sur Montpellier, ne tolère pas climat marin. Est ponctionnée, grosse quantité liquide retiré. Continue héliothérapie à Montpellier. Va beaucoup mieux. Engraisse. Plus de diarrhée.

Observation 112. — L. Madeleine, 3 ans. Légère ascite et lésions multiples. (V. cas multiples). Guérison.

Observation 397. — A. Marguerite, 17 ans. Antécédents héréditaires: deux frères morts jeunes. Antécédents personnels: grosse anémie. Pleurésie double, suivie de péritonite depuis un an. Souffre dans le ventre et la colonne vertébrale. Matité aux bases pulmonaires. T.: 38°. Résultats: grosse amélioration. Température se stabilise à 37°. Régime, lavements quotidiens: lait, bouillon de légumes. En cours de traitement, presque guérie.

Observation 403. — V. Hélène, 14 ans. Antécédents héréditaires: mère et sœur mortes tuberculeuses. Antécédents personnels: rien de cholémique. Entre malade depuis 4 mois. Abdomen distendu avec masses fibro-caséeuses dans la profondeur, surtout à droite, sous le foie. Rein suspecté. Examen négatif professeur Jeanbrau. Apyrétique. Poids, 36 kilos. Pendant traitement, troubles digestifs supprimés. Foie toujours gros. Wassermann négatif. Résultats: grosse amélioration; a gagné 10 kilos. En cours de traitement.

CONCLUSIONS GENERALES

Nous croyons avoir montré, par l'exposé ci-dessus, que l'on obtenait, à l'Institut marin Saint-Pierre de Palavas, des résultats tout à fait remarquables dans les tuberculoses médicales et chirurgicales.

Sur 343 malades dont nous avons suivi et noté les observations avec un soin scrupuleux, la proportion des guéris ou très améliorés est, en effet, de 278, soit 81 % environ. Et, si l'on tient compte de ce que la plupart de ces malades venaient des hôpitaux de Montpellier, où ils étaient déjà traités depuis un certain temps, on reconnaîtra que la cure solaire a réalisé de véritables régénérations.

Palavas étant une plage ensoleillée de la Méditerranée, il nous paraît naturel d'attribuer ces heureux résultats au soleil et à l'air marin.

S'ensuit-il que l'air marin est un adjuvant indispensable du traitement?

Il suffit de se reporter aux statistiques pour être convaincu du contraire.

A Leyzin, station à 1.300 mètres d'altitude, bâtie aux flancs du Jura, qui l'abrite des vents d'Ouest, Rollier a constaté:

Sur 809 tuberculoses fermées, 703 guérisons, soit 86 % environ;

Sur 325 tuberculoses fistulisées, 242 guérisons, soit 74 % environ.

A Clamart (Seine), où est installé l'hôpital militaire Percy, nous avons eu connaissance de résultats fort intéressants. Aucune statistique n'a encore été dressée, mais il a été noté par le médecin major, professeur agrégé du Val de Grâce, Clavelin, chez tous les malades, comme à Palavas, une augmentation de l'appétit et du poids et une grande amélioration de l'état général et local.

A Briançon, qui est à 1.300 mètres d'altitude, l'hôpital militaire possède une annexe d'héliothérapie. La statistique dressée par le médecin major Duprey-Le Mansois, au sujet des malades tuberculeux répondant, comme type clinique, à ceux que nous avons étudiés ici, donne les chiffres suivants: sur 98 malades en traitement, 46 guéris ou très améliorés, soit près de 47 %.

Nous pourrions pousser plus loin cette étude comparative. Il nous semble que ces trois exemples, empruntés à la haute montagne, à la plaine parisienne e à une ville de grande altitude, sont assez démonstratifs.

Faut-il en conclure que les résultats obtenus à Palavas tiennent à une situation particulière et exceptionnelle de la plage? Non, car nous avons également sous les yeux d'autres statistiques établies à Berck sur le bord de la Manche, à Cannes sur la Côte d'Azur, à Arcachon sur l'Atlantique, qui attestent la même proportion de guérisons.

A Cannes, par exemple, Révillet cite, sur 43 malades, 17 guéris, 16 très améliorés, soit 76 % environ de guéris ou améliorés.

Ainsi, la valeur des résultats est comparable, et l'on ne peut que rapporter aux radiations solaires le rôle prédominant dans l'action thérapeutique.

Quelles sont les conditions favorables aux cures de soleil? Si l'on ne veut pas entrer dans le détail, on peut les réduire facilement à deux.

Il faut d'abord une région ensoleillée *le plus souvent, le plus longtemps* et *le plus directement* possible.

Il faut ensuite un pays où *l'air* soit *pur* et *peu chargé en brouillards et en poussières..*

A côté de cela, d'autres problèmes importants ont leur place: tel celui des indications et des contre-indications. Il appartient au médecin de guider à cet égard le malade, de l'aiguiller sur la région qui lui paraît la plus favorable, d'après les indications qui lui sont fournies. Ajoutons que la solution du problème est plus aisée depuis que les données en ont été minutieusement définies, notamment dans l'ouvrage d'Aimes.

Il ressort de tout ce qui précède que le seul facteur vraiment indispensable à cette cure est le soleil. Comme il luit partout et pour tous, le remède est à la portée de tous les malades.

Que ceux qui le peuvent soient dirigés vers les établissements spécialisés et sur les régions convenant le mieux à leur état. Mais que tout médecin n'hésite pas à entreprendre la cure solaire là où est son malade intransportable ou peu fortuné. A la mer, à la montagne, à la plaine, à la ville même, les radiations solaires sont efficaces. L'héliothérapie, le retour au grand air et à la vie physique auront tôt fait de régénérer les organismes les plus tarés.

« Toutes les maladies viennent à l'ombre, toutes se guérissent au soleil », dit un proverbe napolitain.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La bibliographie complète est faite dans la thèse de Aimes (Montpellier, 1913) et dans la thèse de Vasserot (Montpellier, 1920). Il est inutile de la reproduire ici.

Les travaux les plus essentiels à consulter sont:

Aimes. — La pratique de l'héliothérapie, 3e édit. Maloine édit.

Armand-Delille. — Héliothérapie. Monogr. de l'œuvre médico-chirurgicale. Paris, février 1914.

Castaigne. — La cure solaire. Chronique. *Journ. médical français,* 15 nov. 1913.

— et d'Oelsnitz. — L'héliothérapie dans les affections tuberculeuses de l'enfance. Indications et posologie. *Journal médical français,* novembre 1913.

Doche. — Résultats de la cure hélio-marine dans la tuberculose articulaire de l'adulte; traitement conservateur et indications opératoires. *Presse médicale,* juillet 1922, n° 54, p. 579.

Dufour. — Traitement des tuberculoses cutanées et des lupus par l'héliothérapie. *Lyon Chirurgical,* n° 3, mai-juin 1919, p. 246.

Estor. — Rapp. au Congrès d'orthopédie, 1922.

Jaubert. — La cure solaire des tuberculoses externes. *Sud-Est médical,* septembre 1922.

Oelsnitz (d'). — *Paris médical,* avril 1922.

Rivet. — Le choix du climat dans la cure héliothérapique des tuberculoses chirurgicales. *Presse médicale,* n° 93, 22 novembre 1922.

Rollier. — La cure de soleil. Paris, 1914. Baillière édit.

— Paris. *Annales de chirurgie,* 15 février 1915.

— *Journal de médecine et de chirurgie,* 10 juin 1923.

— *Presse médicale,* 1922, p. 308 et 796.

— *Presse médicale,* 8 avril 1922.

Sartiges (de). — Œuvre des enfants à la mer. Thèse de Montpellier, juillet 1919.

Sorrel. — Indications des cures hydro-minérales et climatiques en chirurgie osseuse. *Paris médical,* n° 16, p. 359, 21 avril 1923.

Vasserot. — Thèse de Montpellier, 1920.

Rapports au Congrès de thalassothérapie de Cannes (1914) (Andrieu, Armand-Delille, Casse, Malgat, d'Oelsnitz, Pascal, Revillet, Robin et Bith).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9

Première partie. — Etude clinique 17

I. — Les tuberculoses chirurgicales justiciables de l'héliothérapie. 18
1. Coxalgie 23
2. Mal de Pott 26
3. Tuberculose du genou 29
4. Ostéites des os plats et ostéites diaphysaires 31
5. Tuberculose de la peau et des parties molles 32
6. Tuberculose du pied 34
7. Foyers multiples de tuberculoses 35
8. Tuberculose des articulations du membre supérieur 38
9. Sacro-coxalgie 39

II. — Les tuberculoses médicales justiciables de l'héliothérapie 40
1. Adénites tuberculeuses banales 41
2. Adénopathies trachéo-bronchiques 43
3. Anémies d'origine bacillaire 44
4. Péritonites tuberculeuses 46

III. — Conclusion 48

Seconde partie. — Etude statistique 51

A. Total des observations dépouillées 51
B. Total des observations classées par catégories 51

I. — Tuberculoses chirurgicales 51

II. — Tuberculoses médicales 52

C. Exposé des observations 53
1. Coxalgies 54
2. Mal de Pott 56
3. Tuberculose du genou 57
4. Ostéites des os plats et ostéites diaphysaires 59
5. Tuberculose de la peau et des parties molles 60
6. Tuberculose du pied 61
7. Foyers multiples de tuberculoses 62
8. Tuberculose des articulations du membre supérieur 63
9. Sacro-coxalgie 63
10. Adénites tuberculeuses banales 64
11. Adénopathies trachéo-bronchiques 66
12. Anémies d'origine bacillaire 67
13. Péritonites tuberculeuses 68

Conclusions générales 70
Index bibliographique 73

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude de l'Héliothérapie. Des résultats obtenus par la Cure Solaire sur des Tuberculeux traités à Palavas.

Par M. Marcel Tabert.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 30 Mars 1924

Le Professeur,

ESTOR.

Vu :

Montpellier, le 31 Mars 1924.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 2 Avril 1924.

Le Recteur,

Jules COULET.